PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

REDAKTOR GŁÓWNY i ODPOWIEDZIALNY:

Prof. Dr. Leon BLUMENSTOK.

Rok XX. — 1881.

Kraków.
NAKŁADEM TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO,
w Drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Ignacego Stelcla.
1881.

SPIS RZECZY

zawartych w Tomie XX. „Przeglądu Lekarskiego."

(*Liczby oznaczają strony*).

III. Odcinek.

IV. Piśmiennictwo lekarskie.

V. Sprawozdania z posiedzeń Towarzystw.

VI. Sprawozdania.

VII. Wiadomości pomniejsze.

VIII. Nekrologija.

IX.

Spis autorów prac oryginalnych i rozbiorów krytycznych.

Spis Autorów, z których prac podano oceny i sprawozdania.

ZDANIE SPRAWY

z czynności Sekcyi lwowskiéj Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego

za czas od 1 maja 1880 r. do 13 stycznia 1881 r.

I.

Zdanie sprawy Sekretarza administracyjnego.

Na posiedzeniu administracyjném odbytym dnia 1 maja 1880 zostali do Wydziału wybrani:

Przewodniczącym kol. Longchamps Bogusław.
Zastępcą przewodn. „ Feigel.
Sekretarzem administr. „ Kozłowski.
Sekretarzem naukowym „ Jana.
Kontrolorem „ Lech.
Podskarbim „ Pawlikowski.

Kol. Madejski pełnił urząd Skarbnika trzeci rok.

Posiedzeń naukowych odbyła Sekcyja lwowska 10.

Posiedzeń biura było 4.

Średnio uczęszczało członków na jedno posiedzenie 21.

Oprócz kwestyj ściśle naukowych zajmowała się Sekcyja następującemi sprawami:

1) Stósownie do prośby p. Klaudyi Torosiewiczowéj, właścicielki Sasowa, wybrano na Iszém posiedzeniu komisyję złożoną z koll. Lecha, Tarnawskiego i Żulińskiego mającą się udać do wymienionego Zakładu wodoleczniczego i tamże możliwe ulepszenia wskazać.

2) Na wniosek kol. Żulińskiego uchwalono, opracowany przez komisyję, złożoną z koll. Chądzyńskiego, Jasińskiego i wnioskodawcy, memoryjał w sprawie reformy szkolnéj do Sejmu i wniesiono tenże na ręce prof. Dra Małeckiego.

3) W skutek myśli podniesionéj przez kol. Jasińskiego wybrano komisyję, z koll. Jasińskiego, Merunowicza i Pawlikowskiego złożoną, celem oznaczenia miejscowości w Galicyi, które bądźto uważane są jako stacyje klimatyczne, lub na ten cel służyćby mogły.

4) Na IVtém posiedzeniu, na wezwanie c. k. Ministerstwa, Sekcyja uchwaliła w sprawie zmiany ustawy aptekarskiéj o ekspedyjowaniu recept odpowiednie wnioski, które następnie przesłano c. k. Radzie zdrowia.

5) Sekretarza naukowego uwolniono na miesiąc, a zastępcą wybrano kol. Krobickiego.

6) Na wniosek kol. Merczyńskiego Sekcyja zawiadomiła w październiku reprezentacyję miasta Lwowa o epidemiczném pojawieniu się szkarlatyny i dyfteryi we Lwowie.

7) Na VItém posiedzeniu uwolniono kol. Kozłowskiego od obowiązków Sekretarza administracyjnego z powodu stałego wyjazdu tegoż ze Lwowa.

8) Przysłane przez Komisyję terminologiczną Tow. lek. krakowskiego wyrazy lekarskie na VIIém posiedzeniu oddano kol. Feiglowi do opracowania.

9) Na posiedzeniu IXtém wybrano 3 członków, t. j. kol. Gąsiorowskiego, Lecha i Żulińskiego, do wzięcia udziału w naradach c. k. kraj. Rady zdrowia w sprawie aptek domowych, przez lekarzy utrzymywanych.

10) Sekcyja postanowiła popierać myśl kol. Bulikowskiego utworzenia mleczarni w celach leczniczych we Lwowie, a gdyby taż otworzoną została udzielać jéj moralnéj opieki, jeżeli właściciel urządzi ją i utrzymywać będzie według projektu przez Towarzystwo przyjętego, opracowanego zaś przez komisyję wybraną, a złożoną z kol. Bulikowskiego, Merczyńskiego i Litticha.

11) Sekcyja postanowiła na IXtém posiedzeniu urządzić w bieżącym karnawale bal na dochód funduszu wspierania wdów i sierót po lekarzach.

12) Ku uczczeniu pamięci i zasług zmarłych kolegów członków Towarzystwa Beisera i Karcza, złożono na ich trumnach wieńce.

Przeszłego roku liczyła Sekcyja 91 członków.

Zmarli koll. Beiser i Karcz, przystąpiło 6.

Obecnie liczy więc Sekcyja lwowska 95 członków.

Lwów 15 stycznia 1881. *Dr. Jana.*
Zastępca Sekret. administr.

II.

Zdanie sprawy Sekretarza naukowego.

Rozpraw z rozmaitych gałęzi medycyny odczytano 6, a mianowicie:

1) Kol. Chądzyński: „O wycinaniu pierwotnych wrzodów kiłowych".

2) Kol. Edward Sawicki: „O epidemicznem zapaleniu opon mózgordzeniowych".

3) Kol. Bulikowski: „O mleczarniach w celach leczniczych".

4) Kol. Jasiński: „O leczeniu suchót dawniéj a teraz".

5) Kol. Laskiewicz: „O leczeniu padaczki".

6) Kol. Stella Sawicki: „O mierzeniu ciepłoty mózgu".

Wykładów na przypadkach chorobowych, okazach patologicznych i środkach leczniczych było 9, jako to:

1) Kol. Lindner przedstawił chorego, któremu wydobył z ciałka szklanego oka prawego odłamek kapsli, i dziewczynkę któréj przez ranę w rogówce oka lewego, piórem stalowém zadaną, wpadła rzęsa do przodkowéj komórki oka.

2) Kol. Różański przedstawił chorego z chorobą „*Sycosis parasitaria*".

3) Kol. Szeparowicz: *a)* chorego z *Haematocele cum putrescentia locali. Emph. subcut. lat. d. sine septicaemia. Hydrocele lat. sin.*; *b)* chorą na wyleczeniu z ropnia śródczaszkowego, który otworzył; *c)* 2 przypadki przepuklin pępkowych metodą Czernego, doszczętnie i z pomyślnym skutkiem przez siebie operowanych.

4) Kol. Gostyński przedstawił chorego leczonego pomyślnie za pomocą opaski elastycznéj Martina.

5) Kol. Kozłowski opisał przypadek otrucia kwasem karbolowym spostrzegany w szpitalu powszechnym lwowskim pomyślnie leczony przepłukiwaniem żołądka zwykłą wodą.

6) Kol. Widmann opisał rzadki przypadek wady sercowéj, polegający na niezwykłém zwężeniu ujścia tętnicy płucnéj, a natomiast bezpośredniéj komunikacyi komórki serca prawéj z lewą, przedstawił dotyczący preparat anatomiczny, wreszcie okazał przyrządy do mierzenia i badania uderzeń i ruchów serca i tętna.

7) Kol. Karcz przedstawił prawdziwą terpentynę z Chios.

III.

Zdanie sprawy ze stanu biblijoteki.

W r. 1880 przybyło do biblijoteki:

1) Kilkanaście numerów czasopism polskich, francuskich i niemieckich.

2) Od Dra Rogowicza: „Rocznik medycyny polskiéj“, rok 1881.

3) Pamiętnik Tow. lek. warsz. za r. 1880, zeszytów 3.

4) Od Dra Denarowskiego z Czerniowiec, jego mapa sanitarna Bukowiny z komentarzem do niéj.

Razem 9 rozpraw, czasopism i 1 mapa.

Wliczając tegoroczne dary posiada biblijoteka dzieł większych 439 w 795 tomach, rozpraw pomniejszych 201, czasopism 68 w 555 tomach i zeszytach. Razem dzieł większych i mniejszych 708 w 1551 woluminach.

Lwów 15 stycznia 1881. *Dr. Jana.*
Sekretarz naukowy.

IV.

Sprawozdanie gospodarza.

Ubiegły rok skarbowy Sekcyi lwow. Tow. lek. gal. rozpoczął się 1 maja 1880 r., a ukończył się zamknięciem rachunków dnia 13 stycznia 1881 r., trwał tedy miesięcy ośm i pół.

Dochód ogólny Sekcyi musi być z powodu zmiany ustawy Tow. lek. gal. rozdzielony na dwie części. Jedna obejmuje okres dwumiesięczny, t. j. od 1 maja do 1 lipca 1880, z którym to dniem nowa ustawa weszła w życie, druga zaś czas od 1 lipca 1880 do 13 stycznia 1881.

Dochód pierwszego okresu pochodzi z wpłat członków i wynosił w ogóle . . . . zł. 119.50 cnt.
Z tego oddano w myśl §. 54 dawnéj ustawy na fundusz żelazny . . . . zł. 10.—
Pozostałe . . . . zł. 109.50 cnt.

rozdzielono według dawnéj ustawy: *a)* na fundusz administr. Sekcyi . . . . . . zł. 26.75 cnt.
b) na fundusz administr. Rady zawiadowczéj „ 69.37½ „
c) na fundusz zapomóg . . . . „ 13.37½ „
Razem zł. 119.50 cnt.

Sumy przeznaczone na fundusz administr. Rady zawiadowczéj, na fundusz zapomóg i na fundusz żelazny wręczano jener. Skarbnikowi ratami, jak wpływały od członków Sekcyi, tak że z końcem okresu pierwszego jeneralny Skarbnik otrzymał razem . . . . . . zł. 92.75 cnt.
Z pozostałych na cele admin. Sekcyi zł. 26.75 cnt. wydano:
a) na urządzenie 10 posiedzeń naukowych zeszłorocznych wraz z kart. koresp. . . . zł. 7.90 cnt.
b) na urządzenie 2 posiedzeń naukowych tegorocznych . . . . zł. 1.— cnt.
c) za urządzenie posiedzenia administracyjnego wraz z koresp. z Redak. . . . . zł. 3.50 cnt.
d) zwrot kosztów za dwukrotne przepisywanie petycyi . . . . zł. 3.—
e) za 200 odbitek petycyi i opłatę poczty . . zł. 2.59 cnt.
Do przeniesienia zł. 17.99 cnt.

Z przeniesienia zł. 17.99 cnt.
f) za telegram do Pragi i list do Redakcyi Dwutygodnika . . . . zł. 1.10 cnt.
g) za przeniesienie szafy biblijotecznéj . . . 50 cnt.
Wydano razem zł. 19.59 cnt.
Pozostało w gotówce zł. 7.16 cnt.
Razem jak wyżéj zł. 26.75 cnt.

Dochód drugiego okresu, od 1 lipca 1880 r. do 13 stycznia 1881 r., stanowią:
1) przez jen. Skarbnika oddane ²/₃ części zaległości po dzień 1 lipca, podług dawnéj ustawy dla Sekcyi lwowsk. ściągniętych, w kwocie . . . . zł. 95.—
2) ¹/₁₀ część z wpłaconych od 1 lipca 1880 podług nowéj ustawy opłat rocznych członków Sekcyi lwowskiéj w kwocie . . . . zł. 41.75 cnt.
3) daléj ze sprzedaży 16 broszur przez Dra Krówczyńskiego na rzecz Tow. lek. gal. ofiarowanych . . . . zł. 6.40 cnt.
4) i pozostałość z pierwszego okresu w gotówce zł. 7.16 cnt.
Razem zł. 150.31 cnt.

Z tego wydano: *a)* jener. Skarbnikowi na fundusz żelazny, kwotę ze sprzedaży broszurek Dra Krówczyńskiego pochodzącą . . zł. 6.40 cnt.
b) na przeniesienie biblijoteki Towarzystwa do szpitala powszechnego . . . . zł. 4.—
c) za urządzenie ośmiu posiedzeń naukowych zł. 4.—
d) za uwiadomienie członków o pogrzebie ś. p. Dra Beisera . . . . zł. 2.—
e) za wieniec laurowy na trumnę tegoż . . zł. 14.—
f) za korespondencyje Sekretarza nauk. z dziennikami . . . . zł. 1.50 cnt.
Wydano razem zł. 31.90 cnt.
Pozostało w kasie zł. 118.41 cnt.
Razem jak wyżéj zł. 150.31 cnt.

Z kwoty téj 118 zł. 41 cnt. przeznaczono w myśl §§. 59 i 64 nowéj ustawy Towarzystwa naszego, na zakupno książek do biblijoteki Sekcyi lwowskiéj uchwałą biura sekcyi z dnia 8 stycznia 1881 r. . . . zł. 80.—
Pozostało gotówką na bieżące wydatki . . . zł. 38.41 cnt.
Razem jak wyżéj zł. 118.41 cnt.

Stan tedy ogólny kasy Sekcyi lwowskiéj Tow. lek. gal. jest następujący:
1) Oszczędność z r. 1878/79 uchwałą biura Sekcyi z 24/4 1880 przeznaczona na zakupno brakujących roczników Virchowa, pierwotnie 113 zł. 79½ cnt. wynosząca, pomnożona procentami w książeczce Kasy oszczędności . . . . zł. 119.33 cnt.
2) Oszczędność z r. 1879/80 uchwałą biura Sekcyi z dnia 24 kwietnia 1880 r. przeznaczona na zakupno książek do biblijoteki, ewentualnie na najem lokalu na czytelnię, pierwotnie 103 zł. 7 cnt. wynosząca, pomnożona procentami w książeczce Kasy oszczędności . . . . . . zł. 106.50 cnt.
3) Oszczędność z r. 1880/81 uchwałą biura Sekcyi z 8 stycznia 1881 r. przeznaczona na ten sam cel, w książeczce Kasy oszczędności . . . . zł. 80.—
4) W gotówce . . . . zł. 38.41 cnt.
Razem zł. 344.24 cnt.

Lwów 15 stycznia 1881 r. *Mgr. Edward Madejski.*
Gospodarz Sekc. lwow. T. l. g.

Nakładem Sekcyi lwowskiéj Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego. — W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego 1881.

Skład Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
w dniu 31 grudnia 1880 r.

I.

Prezes: Dr. Jonatan Warschauer.
Wiceprezes: Dr. Kazimierz Grabowski.
Sekretarz stały: Dr. Aleksander Zarewicz.
Podskarbi: Dr. Alfred Obaliński.
Biblijotekarz: Dr. Stanisław Janikowski.
Sekretarz doroczny: Dr. Tytus Wasylewski.

Spis członków Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

II.

a) Członkowie honorowi.

Dr. Adamowicz Adam b. Prof. U. w Wilnie.
Dr. Biesiadecki Alfred Protomedyk we Lwowie.
Dr. Brodowicz Józef b. Prof. U. J. w Krakowie.
Dr. Majer Józef Prezes Akademii Umiejęt. w Krakowie.
Dr. Szokalski Wiktor b. Prof. U. w Warszawie.

b) Członkowie czynni.

Dr. Adamkiewicz Albert Prof. U. J. K.
Dr. Balicki Stanisław lek. szpit.
Dr. Blatteis Jakób lek. prakt.
w lecie w Krynicy lek. zdrojowy.
Dr. Blumenstok Leon Prof. U. J. K.
Dr. Blumenfeld Henryk lek. prakt.
Dr. Bogdanik Józef lek. szpital.
Dr. Bossowski Kazimierz lek. szpital.
Dr. Braunstein Fryderyk lek. prakt.
Dr. Browicz Tadeusz Prof. U. J. K.
Dr. Bulikowski Franciszek lek. prakt.
Dr. Buszek Jan fizyk m. Krakowa.
Mag. Chir. Czulik Deodat lek. szpital.
Dr. Danek Franciszek lek. pułkowy.
Dr. Domański Stanisław Prof. U. J. K.
Dr. Gluziński Władysław asys. U. J. K.
Dr. Goebel Karol Doc. U. J. K.
Dr. Grabowski Kazimierz Doc. U. J. K.
Mag. Farm. Gralewski Fortunat właściciel apteki.
Dr. Harajewicz Jan Dyrektor szpitala.
Dr. Heumann Konstanty starszy lekarz sztabowy.
Dr. Jakubowski Maciéj Leon Prof. U. J. K.
Dr. Janikowski Stanisław Prof. U. J. K.
Dr. Jaszczurowski Józef lek. prakt.
Dr. Jodłowski Jan lek. prakt.
Dr. Jordan Henryk lek. prakt.
Dr. Jurowicz Izydor lek. prakt.
Dr. Kadyj Henryk Doc. U. J. K.
Dr. Kirschner Adolf lek. szpital.
Dr. Kohn Maksymilijan lek. szpital.
Dr. Kopff Leon lek. szpit.
Dr. Korczyński Edward Prof. U. J. K.
Dr. Kralczyński Kazimierz lek. powiatowy.
Dr. Kramarzyński Karol lek. szpital.
Dr. Krongold Wilhelm lek. prakt.
Dr. Kułakowski Wincenty lek. szpital.
Dr. Kwaśnicki August lek. szpital.
Dr. Lustgarten Ludwik lek. prakt.
Dr. Machek Emanuel asys. kl. U. J. K.
Dr. Madurowicz Maurycy Prof. U. J. K.
Dr. Majewski Erazm lek. prakt.
Dr. Mars Antoni asys. kl. U. J. K.
Dr. Mączka Tomasz lek. szpital.
Dr. Mendelsburg Henryk lek. prakt.
Dr. Murdzieński Franciszek lek. szpital.
Dr. Obaliński Alfred lek. ord. w szpitalu.
Dr. Oettinger Józef Prof. U. J. K.
Mag. Weter. Pacuła Jędrzéj wet. miej.
Dr. Pareński Stanisław Doc. U. J. K.
Dr. Paszkowski Stanisław lek. ord. w szpitalu.
Dr. Pieniążek Przemysław Doc. U. J. K.
Dr. Piotrowski Gustaw Prof. U. J. K.
Dr. Pisek Wilhelm asys. U. J. K.
Dr. Ponikło Stanisław asys. kl. U. J. K.
Dr. Riedmüller Józef lek. prakt.
Dr. Rosenblatt Emanuel lek. szpit.
Dr. Rybczyński Aleksander lek. miejski.
Dr. Rosner Jan lek. szpital.
Dr. Rydel Lucyjan Prof. U. J. K.
Dr. Ściborowski Władysław lek. prakt.
w lecie w Szczawnicy lek. zdrojowy.
Dr. Skobel Stanisław asys. kl. U. J. K.
Dr. Skórczewski Bolesław lek prakt.
w lecie w Krynicy lek. zdrojowy.
Dr. Śliwiński Michał lek. prakt.
Dr. Stępiński Bogumił lek. prakt.
Dr. Strzechowski Wilhelm asys. kl. U. J. K.
Dr. Świątek Wincenty lek. szpital.
Dr. Szewczyk Józef lek. prakt.
Dr. Tarchalski Józef lek. prakt.
Mag. Farm. Trauczyński Józef wł. apteki.
Dr. Warschauer Jonatan lek. prakt.
Dr. Wasylewski Tytus lek. szpital.
Dr. Wilkosz Aleksander lek. szpitala więziennego.
Dr. Wiszniewski Ludwik lek. prakt.
Dr. Zaręba Tomasz lek. prakt.
Dr. Zarewicz Aleksander lek. ord. w szpitalu.
Dr. Ziembiński Jan lekarz prakt.
w lecie w Ligotce na Szląsku.
Dr. Żelazowski Wiktor lek. szpital.
Dr. Żuławski Karol zast. lek. ord. w szpitalu.

c) Członkowie korespondenci.

Dr. Baraniecki Adryjan w Krakowie.
Dr. Barzycki Józef w Rzeszowie.
Dr. Berggrün Alfred w Żydaczowie.
Mag. Farm. Borucki w Chełmie.
Dr. Broniowski Antoni w Sokalu.
Dr. Bulikowski Stanisław we Lwowie.
Dr. Cassina Ferdynand w Przemyślu.
Dr. Chrzanowski Włodzimierz w Ostrowie.
Dr. Cięglewicz Stanisław w Jaśle.
Dr. Ćwiklicer Ludwik w Podhajcach.
Dr. Czerwiakowski Feliks w Gleichenbergu.
Dr. Czyżewicz Adam Profesor we Lwowie.
Dr. Czyżewicz Władysław w Wadowicach.
Dr. Danielski Jan w Alwerni.
Dr. Dębicki Karol w Odessie.
Dr. Dębicki Klemens we Lwowie
w lecie w Iwoniczu.
Dr. Dembowski Mieczysław w Lisku.
Dr. Długołęcki Ferdynand w Kętach.
Dr. Dobieszewski Zygmunt w Warszawie
w lecie w Marienbadzie.
Dr. Dobrski Konrad w Warszawie.
Dr. Dorożyński Józef w Podhajcach.
Dr. Dubanowicz Jan w Liwnie (w Bośnii).
Dr. Dukiet Jan w Rymanowie.
Dr. Dura Józef w Krzeszowicach.
Dr. Dziembowski Józef w Muszynie.
Dr. Dzikowski Zygmunt w Kałuszu.
Dr. Feigel Longin we Lwowie.
Dr. Florkiewicz Władysław w Koniecpolu.
Dr. Gajkiewicz Władysław w Warszawie.
Dr. Galusiński Antoni w Stanisławowie.
Dr. Gałęzowski Ksawery w Paryżu.
Dr. Gawełkiewicz Leopold w Starym Sączu.
Dr. Gawlik Jan w Suchy.
Dr. Gawroński Ksawery w Miechowie.
Dr. Gedl Mieczysław w Wadowicach.
Dr. Glück Maksymilijan w Czerniowcach.
Dr. Głogowski Feliks w Lublinie.
Dr. Gumowski Franciszek w Błażowy.
Dr. Gumplowicz Maksymilijan w Wiedniu.
Dr. Hassewicz Stanisław w Warszawie.
w lecie w Karlsbadzie.
Dr. Hauser Aleksander w Bunie (w Bośnii)
Dr. Horodyński Joachim w Tarnowie.
w lecie w Karlsbadzie.
Dr. Jakubowski Adam w Grybowie.
Dr. Janiszewski Józef w Lublinie.
Dr. Janowski Ignacy w Skałacie.
Dr. Januszkiewicz Żegota w Pilznie.
Dr. Jendl Ignacy w Drohobyczu.
Dr. Józefczyk Bolesław w Śniatynie.
Dr. Jurasz Antoni w Heidelbergu.
Dr. Kaczyński Teodor w Brzostku.
Dr. Kadler Ludwik w Warszawie.
Dr. Kalisz Alfred w Tuchowie.
Dr. Kaufmann Michał w Jaworzu.
Dr. Kijas Błażéj w Mielcu.
Dr. Kluczeńko Bazyli w Suczawie.
Dr. Koller Bolesław w Strusowie.
Dr. Kołączkowski Józef w Nowym Sączu.
Dr. Kossak Leon w Jarosławiu.
Dr. Kozłowski Emil we Lwowie.
Dr. Krajewski Feliks w Hrubieszowie.
Dr. Krajewski Władysław we Lwowie
w lecie w Cieplicach czeskich.
Dr. Kramarzyński Mieczysław w Słotwinie.
Dr. Krasiński Hubert w Petersburgu.
Dr. Krobicki Tadeusz w Lwowie.
Dr. Krówczyński Żegota we Lwowie.
Dr. Kruk Kazimierz w Limanowy.
Dr. Kryda Aleksander w Szczawnicy.
Dr. Krzyształowicz Adam w Dolinie.
Dr. Kwieciński Maciéj w Oświęcimie.
Dr. Lachowicz Antoni we Lwowie.
Dr. Lachowicz Zdzisław w Jaworowie.
Dr. Laskowski Zygmunt w Genewie.
Dr. Leniartek Jakób w Dębicy.
Dr. Lewandowski Józef w Tłuczani.
Dr. Lewandowski Zygmunt w Bochni.
Dr. Lic Henryk w Brzozowie.
Dr. Lisiński Ludwik w Rawie.
Dr. Lukas Adolf we Lwowie.
Dr. Łodziński Włodzimierz w Myślenicach.
Dr. Łucki Julijan w Oświęcimie.
Dr. Mach Sebastyjan w Kańczudze.
Dr. Macudziński Waleryjan w Jaśle.
Dr. Malcz Mieczysław w Warszawie.
Dr. Malinowski Kasper w Dobczycach.
Dr. Marynowski Mieczysław w Dąbrowie.
Dr. Merunowicz Józef we Lwowie.
Dr. Metzger Jan w Tarnowie.
Dr. Męciński Karol w Starém mieście.
Dr. Mikucki Ksawery w Ternówce na Ukrainie.
Dr. Mroczkowski Zygmunt w Stanisławowie.
Dr. Munkiewicz Antoni w Rosławiu.
Dr. Najedło Feliks w Ustrzykach.
Dr. Natanson Ludwik w Warszawie.
Dr. Narkiewicz Jodko Witold w Warszawie.
Dr. Neumann Eugienijusz w Gorlicach.
Dr. Neugebauer Ludwik w Warszawie.
Dr. Nowakowski Ferdynand w Warszawie.
Dr. Nycz Wincenty w Biały.
Dr. Obtułowicz Ferdynand w Turce.
Dr. Olpiński Julijan w Trembowli.
Dr. Opolski Wiktor we Lwowie.
Dr. Pawlas Teodor w Brzozowie.
Dr. Pietrzycki Antoni w Kosowie.
Dr. Plech Marceli w Jarosławiu.
Dr. Pląskowski Romuald w Warszawie.
Dr. Pluciński Michał we Lwowie.
Dr. Podobiński Antoni w Wieliczce.
Dr. Portner Szymon w Warszawie.
Dr. Przeździecki Hipolit w Czerniowcach.
w lecie w Francensbadzie.
Dr. Przybylski Wacław w Nowym Sączu.
Dr. Radek Jan w Nadworny.
Dr. Rasp Henryk w Brzeżanach.
Dr. Reifer Adolf w Dzikowie.
Dr. Rolle Józef w Kamieńcu.
Dr. Roth Alojzy w Bochni.
Dr. Roth Władysław w Staszowie.
Dr. Rothe Adolf w Warszawie.
Dr. Rychlicki Hipolit w Jaworzniu.
Dr. Rychlicki Władysław w Radymnie.
Dr. Rydygier Ludwik w Chełmnie.
Dr. Sakowicz Kazimierz w Biało-Cerkwi.
Dr. Sakowski Piotr w Horodence.
Dr. Sawicki Stella Jan we Lwowie.
Dr. Schützer Salomon w Tarnowie.
Weter. Serafiński w Lublinie.
Dr. Sérkowski Bolesław w Stryju.
Dr. Skalski Władysław w Sanoku.
Dr. Skórkowski Feliks w Wielkiéj Woli.
Dr. Skowroński Włodzimierz w Tarnowie.
Dr. Smoleński Stanisław w Fürstenhofie.
Dr. Sokołowski Alfred w Warszawie.
Dr. Stanko Wojciech w Drohobyczu.
Dr. Sticha Czesław w Warszawie.
Dr. Strojnowski Edward we Lwowie.
Dr. Strzelecki Ludwik w Czerniowcach.
Dr. Świérz Tomasz w Skawinie.
Dr. Świrski Adam w Jaśle
w lecie w Iwoniczu.

Dr. Sysak Gabryjel w Zebrzydowicach.
Dr. Szczepański Tytus w Strzyżowie
w lecie Zegiestowie.
Dr. Szczudlo Jan w Żywcu.
Dr. Szeliga Roman w Serajewie.
Dr. Szeparowicz Jan we Lwowie.
Dr. Sztencel Baruch w Żurawnie.
Dr. Trembecki Onufry w Nowym Sączu
w lecie w Szczawnicy.
Dr. Tylka Wojciech w Bilek (w Bosnii).
Dr. Tyralski Włodzimierz w Zbarażu.
Dr. Ulanowski Józef w Lublinie.
Dr. Waligórski Albin w Przemyślanach.
Dr. Wągrowski Karol w Czortkowie.
Dr. Wehr Wiktor w Chełmnie.
Dr. Wiktor Jan w Rozwadowie.
Dr. Witkowski Edward w Szczurowy.
Dr. Wolfram Adolf w Mościskach.
Dr. Wroński Bartłomiéj w Gorlicach.
Dr. Wurst Adolf w Cieszanowie.
Dr. Wysocki Aleksander w Złoczowie.
Dr. Wyszatycki Włodzimierz w Mościskach.
Dr. Zabierowski Kazimierz w Żmigrodzie.
Dr. Załoziecki Włodzimierz w Czerniowcach.
Dr. Zapałowicz Antoni w Wadowicach.
Dr. Zauderer Bernard w Wieliczce.
Dr. Zawadziński Stanisław w Nowym Targu.
Dr. Zduń Józef w Lutowiskach
w lecie w Krynicy.
Dr. Żebrowski Maurycy w Meranie
w lecie w Gleichenbergu.
Dr. Zengteller Julijan w Nowym Sączu.
Dr. Żminkowski Ludwik w Husiatynie.
Dr. Żuliński Tadeusz we Lwowie.

d) Członkowie przybrani.

Dr. Czyrniański Emil. Mg. Farm. Bohdan Hoff. Mg. Farm. A. Siedlecki.

III.

Komisyja balneologiczna.

Przewodniczący: Dr. Wł. Ściborowski.
Zastępca przewodniczącego: Dr. H. Jordan.
Sekretarz: Dr. S. Ponikło.
Biblijotekarz: Dr. B. Skórczewski.

1. Członkowie zwyczajni.

a) miejscowi.

Dr. J. Blatteis.
Dr. H. Blumenfeld.
Dr. J. Buszek.
Dr. E. Czyrniański.
Dr. S. Domański.
Dr. K. Grabowski.
Mg. F. Gralewski.
Dr. J. Kopernicki.
Dr. E. Korczyński.
Dr. W. Kułakowski.
Dr. A. Kwaśnicki.
Dr. E. Majewski.
Dr. A. Mars.
Dr. F. Murdzieński.
Dr. A. Obaliński.
Dr. S. Pareński.
Dr. G. Piotrowski.
Dr. J. Riedmüller.
Dr. J. Rosner.
Dr. S. Skobel.
Dr. J. Warschauer.
Dr. L. Wiszniewski.
Dr. A. Zarewicz.
Dr. J. Ziembiński.

b) zamiejscowi.

Dr. A. Biesiadecki we Lwowie.
Dr. W. Bylicki we Lwowie.
Dr. A. Czyżewicz we Lwowie.
Dr. M. Dembowski w Lisku.
Dr. K. Dębicki w Iwoniczu.
Dr. K. Dobrski w Warszawie.
Dr. Z. Dzikowski w Kałuszu.
Mg. B. Hoff w Jarosławiu.
Dr. J. Hordyński w Karlsbadzie.
Dr. F. Jendl w Drohobyczu.
Dr. M. Kaufmann w Jaworzu.
Dr. F. Obtułowicz w Turce.
Dr. T. Pawlas w Brzozowie.
Dr. H. Rychlicki w Jaworzniu.
Dr. S. Smoleński w Fürstenhofie.
Dr. A. Świrski w Iwoniczu.
Dr. T. Szczepański w Żegiestowie.
Dr. W. Tatarczuch w Lubieniu,
Dr. O. Trembecki w Szczawnicy.
Dr. J. Zduń w Krynicy.
Dr. M. Żebrowski w Gleichenbergu.

2. Członkowie nadzwyczajni.

a) miejscowi.

Dr. A. Alth Prof. U. J. K.
Dr. F. Czerny Prof. U. J. K.
Dr. J. Grabowski Prof. Instyt. techn.
W. Kaczmarski inżynijer.
Dr. B. Lutostański lekarz.
Dr. K. Olszewski Prof. U. J. K.
Dr. J. Rostafiński Prof. U. J. K.
K. Trochanowski asys. U. J. K.
J. Wachtel c. k. starosta górniczy.
Dr. F. Weigel poseł sejmowy.
Dr. D. Wierzbicki adj. obser. astron.
K. Zaremba inżynijer.
L. Zieleniewski inżynijer.

b) zamiejscowi.

Dr. J. Baranowski w Warszawie.
Dr. T. Chałubiński w Warszawie.
Dr. T. Kaczorowski w Poznaniu.
Dr. J. Krzyżanowski w Kijowie.

W. Łatkiewicz inżynijer w Warszawie.
Dr. T. Matecki w Poznaniu.
K. Medwecki właściciel zakładu w Żegiestowie.
Dr. B. Radziszewski we Lwowie.
Dr. K. Rose w Warszawie.
Dr. J. Rydygier w Chełmnie.
Dr. T. Świderski w Poznaniu.
Hr. M. Załuski właściciel zakładu w Iwoniczu.
J. Zubrzycki właściciel zakładu w Rabce.

IV.

Komisyja redakcyjna Przeglądu lekarskiego.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. Leon Blumenstok, Prof. w Uniw. Jag.

Członkowie.

Dr. Alfred Obaliński.
Dr. Stanisław Domański.
Dr. August Kwaśnicki.
Dr. Aleksander Rybczyński.
Dr. Aleksander Zarewicz.

V.

Komisyja sprawozdawcza do roczników Virchowa i Hirscha.

Przewodniczący: Dr. Józef Oettinger.
Zastępca przewodniczącego: Dr. Leon Blumenstok.
Sekretarz: Dr. Franciszek Murdzieński.

Członkowie.

Dr. S. Domański.
Dr. K. Grabowski.
Dr. S. Janikowski.
Dr. H. Kadyi.
Dr. M. Kohn.
Dr. E. Korczyński.
Dr. Ż. Krówczyński.
Dr. A. Kwaśnicki.
Dr. E. Machek.
Dr. A. Mars.
Dr. A. Obaliński.
Mg. Wet. J. Pacuła.
Dr. W. Pisek.
Dr. S. Ponikło.
Dr. J. Rosner.
Dr. W. Ściborowski.
Dr. B. Skórczewski.

VI.

Komisyja terminologiczna.

Przewodniczący: Prof. Dr. J. Oettinger.
Sekretarz: Prof. Dr. S. Janikowski.

VII.

Komisyja dla popierania przemysłu krajowego w zastosowaniu do celów lekarskich.

Przewodniczący: Dr. W. Ściborowski.
Zastępca przewodniczącego: Mag. Farm. F. Gralewski.
Sekretarz: Mag. Farm. J. Trauczyński.

Członkowie.

Dr. J. Buszek.
Dr. S. Domański.
Dr. K. Goebel.
Dr. M. Jakubowski.
Dr. E. Korczyński.
Dr. A. Kwaśnicki.
Dr. M. Madurowicz.
Dr. A. Obaliński.
Dr. J. Oettinger.
Dr. K. Olszewski.
Dr. S. Pareński.
Dr. S. Paszkowski.
Dr. L. Rydel.
Dr. A. Zarewicz.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego — w Drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja:
Ulica Podwale Nr. 84.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Boulv. Voltaire 180, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 1 stycznia 1881. **№ 1.** **Rok XX.**

I. Reinfectio syphilitica

Napisał Dr. Z. Krówczyński we Lwowie.

Powtórne pojawienie się choroby infekcyjnéj u chorego, który tę samą chorobę przebył, należy do zdarzeń wyjątkowych. Wprawdzie ścisłe spostrzeżenia wykazują, że nie tylko dwukrotne, ale nawet trzykrotne wystąpienie, np. ospy, u jednego i tego samego chorego jest możliwém, zawsze jednak dwukrotne wystąpienie choroby infekcyjnéj, w porównaniu do częstości chorób narządów, w których kilkanaście razy jedno i to samo cierpienie występować może, jest zdarzeniem wyjątkowém. Patologija uczy nawet, że przebyta choroba narządu, dajmy na to, ostre zapalenie płuc usposabia do powtórnego zapalenia, jeżeli nie ostrego, to przynajmniéj przewlekłego, że narząd schorzały stanowi *locus minoris resistentiae*, wyrażenie pokrywające nieznajomość przyczyny zjawiska, gdy tymczasem przebyta choroba infekcyjna znosi, że tak powiemy, ów *locus minoris resistentiae*, a właściwie zdolność do przebycia choroby. Czém to się dzieje, na czém polega, o tém dzisiejszy stan nauki wyrokować nie pozwala. Zanim tę kwestyję rozstrzygniemy, a raczéj za nim kusić się będziemy mogli, aby to zagadnienie rozwiązać, trzeba będzie stanowczo orzec, co stanowi istotę chorób infekcyjnych, czy przyrzut *(contagium)*, względnie zaduch *(miasma)*, jest pasorzytem, daléj czy wszystkie choroby infekcyjne wywołuje wyłącznie pasorzyt, lub też wyłącznie ferment. Z każdym dniem wzrastająca liczba zwolenników teoryi pasorzytowéj dowodzi, że przypuszczenia ich stają się dominującemi, co zresztą łatwo wytłumaczyć; czy jednak one są prawdziwemi, o tém zadecyduje przyszłość. Jakkolwiek teoryją pasorzytową najłatwiéj wytłumaczyć zjawiska, spostrzegane w przebiegu chorób infekcyjnych, to przecież między chorobami czysto pasorzytnemi a infekcyjnemi istnieje różnica, która przemawia na korzyść teoryi fermentów i ona jest powodem, że pasorzytom przypisują działanie chemiczne na kształt fermentów. Przeciwko teoryi pasorzytowéj przemawia przedewszystkiém to zjawisko, że do chorób infekcyjnych potrzeba mieć skłonność; jak bowiem wiadomo, nie wszyscy ludzie są równie skłonni, a niektórym indywiduom brak téj zdolności, jak to świadczą sztuczne a bezskuteczne szczepienia. Typowym przebiegiem wyróżniają się choroby infekcyjne od pasorzytowych, a najważniejszym objawem, stanowiącym różnicę między oboma rodzajami chorób, jest utrata skłonności do powtórnego przebycia choroby, któréj to własności w chorobach czysto pasorzytowych nie spostrzegamy. Kto przebył świerzb, trychiny, ten po raz wtóry zapada na chorobę, gdy pasorzyt chorobę wywołujący dostanie się do organizmu. Tymczasem wprowadzenie do organizmu wydzielin, zawierających niezawodnie przyrzut choroby infekcyjnéj, bywa bezskutecznem po przebyciu choroby infekcyjnéj. Tak bywa zazwyczaj, a wyjątki służą tylko do utwierdzenia prawa. Na korzyść teoryi pasorzytowéj przemawia najsilniéj ta okoliczność, iż odnaleziono i stwierdzono niezawodnie pasorzyty w niektórych chorobach infekcyjnych, jak w wągliku (Davaine), w durze powrotnym (Obermaier), daléj w błonicy, ospie, szkarlatynie, cholerze i durze brzusznym, a wreszcie w kile (Klebs, Pisarzewski). Stwierdzenie jednak pasorzytów nie jest bynajmniéj rękojmią, iż one są przyczyną choroby, a wykazanie, że tę lub ową chorobę rzeczywiście grzybki wywołują, bynajmniéj nie dowodzi, że wszystkie choroby infekcyjne są następstwem pasorzytów. Słusznie twierdzi Hiller (*Die Lehre von der Faülniss*), że w przyszłości należy rozprawiać nie o tém, czy chemiczne fermenty, lub téż żyjące organizmy są przyczyną gnicia, ale o tém, jakie chemiczne fermenty i jakie żyjące ustroje biorą udział w gniciu i w jaki sposób ich działanie się objawia. Jednostronne poglądy zwolenników teoryi pasorzytowéj zwalcza dzielnie swą rozprawą (*Die Krankheitsursachen*) Virchow, odpowiadając w niéj Klebsowi, że dotychczasowe odkrycia jeszcze nie upoważniają do wniosku, iż wszystkie choroby infekcyjne zawdzięczają swój początek pasorzytom względnie grzybkom i dodając, że w inny sposób dadzą się wytłumaczyć zjawiska, w przebiegu tych chorób spostrzegane. To nawo-

ływanie Virchowa do oględności bynajmniéj nie wypływa z konserwatyzmu uczonego, który niechętnie zrywa z odkryciami tak własnemi, jakotéż innych badaczy, lecz odpowiada ono faktycznemu stanowi naszéj wiedzy. Virchow nie przeczy, że pasorzyty istnieją w przebiegu chorób infekcyjnych, nie odmawia im szkodliwego wpływu na organizm, ale nie może im wyłącznie przypisać wywoływania chorób infekcyjnych. Stanowisko, jakie ten skrzętny badacz zajmuje, jedynie usprawiedliwione i słuszne, nie ułatwia nam wprawdzie podziału chorób infekcyjnych na pasorzytowe i takie, które są wywołane chemicznemi fermentami; nie wykazuje ono, które choroby są rzeczywiście pasorzytowe, ale bynajmniéj nie tamuje postępu, jak to niektórzy zwolennicy teoryi pasorzytowéj twierdzą. Poniżéj przytoczę, w jaki sposób tłumaczy Virchow powstanie kiły, stwierdzając, że do wytworzenia się tego zakażenia niekoniecznie potrzeba się uciekać do teoryi pasorzytowéj, tymczasem zaś przypomnę, jak patologija tłumaczy obecnie zjawisko niewystępowania choroby infekcyjnéj po jéj przebyciu. Mało kto przypuszcza, że przebyta choroba czyni organizm odpornym na pewne bodźce, chorobę wywołujące; owszem patologija wskazuje, że przebyte choroby usposabiają do powtórnego wystąpienia tychże; zdaniem drugich utrata pewnych pierwiastków, jako następstwo przebytéj choroby, jest przyczyną, że choroby infekcyjne powtórnie się nie okazują; piszący się jednak na to twierdzenie nie mogą wytłumaczyć wyjątkowych zdarzeń, gdy powtórnie choroba występuje; odzyskanie bowiem utraconego pierwiastka jest niemożliwém. Najprawdopodobniejsze tłumaczenie, mające zarazem najwięcéj zwolenników, podaje, że choroba przebyta zostawia jakieś pierwiastki, które przeszkadzają wytworzeniu się choroby infekcyjnéj, a właściwie rozrodzeniu się przyrzutu. Pierwiastki te, jak wszystkie części składowe organizmu, ulegają ciągłemu przeobrażeniu i mogą z biegiem czasu zupełnie z organizmu ustąpić, a gdy się to stanie, może ustrój powtórnie uledz jednéj i téj saméj chorobie infekcyjnéj.

To przypuszczenie tłumaczy nam, dla czego częściéj spotykamy przypadki powtórzenia się choroby infekcyjnéj z ostrym przebiegiem, aniżeli powtórne wystąpienie chorób przewlekłych, łatwiéj bowiem przez odnowę organizmu utraca się pierwiastki, pozostałe po chorobie wysypkowéj ostréj, któréj przyrzut tylko przez kilka tygodni w organizmie istnieje i w krótkim okresie jéj istnienia się wytwarza, aniżeli pierwiastki choroby infekcyjnéj przewlekłéj, któréj przyrzut przez wiele miesięcy, a często przez wiele lat, w organizmie się rozradza. Do niedawna za przykładem Ricorda przeczono nawet twierdzeniu, że okazywanie się powtórne chorób infekcyjnych chronicznych, a szczególnie kiły, jest możliwém, niezbite jednak spostrzeżenia dowodzą, że zdarzają się niewątpliwe niekiedy przypadki powtórnéj kiły. Gaskoyen naliczył ich aż 60, a z liczby téj, zanadto przesadzonéj, należy przedewszystkiém wykluczyć 19 przypadków, obserwowanych przez Didaya, w których jedynym przypadem powtórnéj choroby było owrzodzenie stwardniałe, względnie pierwotny objaw kiły. W przypadkach przytoczonych nie możemy mieć apodyktycznéj pewności, że owrzodzenia były rzeczywiście pierwotnemi objawami kiły, ale przeciwnie najprawdopodobniejszém jest, że to były owrzodzenia u kiłowych, okazujące często stwardnienie u podstawy. Słusznie żądamy, aby tylko te przypadki poczytywano za powtórną kiłę, w których dwukrotnie objawy ogólnego zakażenia stwierdzono, a mając to na uwadze nie poczytamy przypadków Yandella i Hollowaya, w ostatnich miesiącach ogłoszone, za powtórną kiłę, bo w tych przypadkach znamieniem po raz wtóry pojawiającéj się choroby były tylko miejscowe owrzodzenia, które mylnie uznano za pierwotne objawy. Po wykluczeniu jednak wątpliwych przypadków pozostają przecież spostrzeżenia, stanowczo dowodzące reinfekcyi, a do takich należy przypadek, który poniżéj podajemy:

A. R., lat 23, wzrostu średniego, dość dobrze zbudowany, o układzie kostnym dobrze rozwiniętym, a mierném podścielisku tłuszczowém, o ciemnych włosach, jedynak, którego ojciec zmarł skutkiem ostréj choroby, a matka zupełnie zdrowa dotąd żyje, nie przebywał z wyjątkiem odry, żadnéj choroby. Dnia 7 grudnia 1875 spółkował po kilkomiesięcznéj pauzie po raz ostatni, dnia 3 stycznia 1876 spostrzegł kilka ranek na członku, które go zaniepokoiły, gdy po kilku dniach mimo czystości nie ustąpiły. Ranki te były zupełnie podobne do pęknięć, jakie u niego po spółkowaniu w rowku żołędziowym występowały, a zwyczajnie po kilku dniach znikały. Tym razem nietylko nie zabliźniły się pęknięcia, których nie spostrzegał chory bezpośrednio po spółkowaniu, ale zlały się w jedno większe pęknięcie, powiększające się z dniem każdym Kiedy pacyjent przyszedł do mnie (17 stycznia 1876), stwierdziłem w rowku żołędziowym po lewéj stronie blisko więzadełka podłużny nadżerek, pokryty bardzo skąpą wydzieliną wodnistą, po któréj wysuszeniu powierzchnia nadżerka przedstawiała się jako gładkie, lśniące obnażenie; kształt tego podłużnego nadżerka był regularny, a podstawa silnie nacieknła, stwardniała, chrząstkowata. Ani dotykanie przy oczyszczaniu nadżerka, ani ucisk podstawy nie sprawiał choremu bolu. Na grzbiecie prącia znajdował się twardy sznurek, gubiący się w utkaniu wzgórka łonowego, (rozmiarów grubego druta, wcale niebolesny przy ucisku. W lewéj pachwinie jeden gruczoł wielkości kasztana, twardy, niebolesny, przesuwalny; w prawéj pachwinie gruczoły nieznacznie powiększone. Dalsza obserwacyja potwierdzała niewątpliwie łatwe rozpoznanie pierwotnego objawu kiły, któréj ogólne objawy w postaci plamistéj wysypki dnia 12 lutego się pojawiły. Badając chorego po raz pierwszy przekonałem się, że skóra była pokryta licznemi grudkami, od wielkości prosa do główki od szpilki, koloru żywo czerwonego, które znajdowały się najliczniéj na tułowiu, a mniéj na odnogach, a których brakowało na miejscach ciała, niepokrytych ubraniem. Przytém skóra była wilgotną, i pot spływał kroplami z pod obu pach, mimo iż w pokoju nie było gorąco, ciepłota bowiem mieszkania wynosiła wówczas 15° R. Ile razy skórę badałem, tyle razy stwierdzałem wilgotną skórę, pokrytą licznemi grudkami, a pacyjent zapytany, czy zawsze tak u niego bywa, odpowiedział, że odkąd pamięta, zawsze obficie się pocił. Zanim jeszcze podałem rtęć w postaci wcierań dla usunięcia objawów ogólnych, przekonałem się, że dziąsła jego były rozpulchnione i tak się przedstawiały, jak przy lekkiém zajęciu dziąseł po przetworach rtęciowych, a w ciągu wcierań kilkakrotnie przekonałem się, że rozpulchnienie dziąseł, będące u pacyjenta objawem prawidłowym, nie potęgowało się. W dalszym przebiegu powiększyły się bardzo nieznacznie tylko gruczoły podszczękowe, a mianowicie wówczas, gdy łuki podniebienne i migdałki obrzękły. Zmian swoistych nie znalazłem na migdałkach, a w ogóle przypady ogólne choroby ograniczyły się do wysypki plamistéj, która po 4 wcieraniach (po 3 grm.) zupełnie i bez śladu ustąpiła. Ze względu na dobry stan chorego ograniczyłem się do 10 wcierań, po

których pozostawał pacyjent w obserwacyi przeszło rok. Dnia 13 marca uwolniłem chorego z obserwacyi i w tym czasie nie było żadnych widocznych zmian kiłowego zakażenia, a nawet gruczoły w lewej pachwinie nie zdradzały poprzedniego zajęcia.

(Dokończenie nastąpi).

II. Z zakładu patologiczno-anatomicznego Prof. Dra. Browicza w Krakowie.

Zagłoba jelit biodrowo-kątnicowa z częściową zgorzelą i następową zagłobą częściową czyli boczną okrężnicy. Opad kątnicy przez otwór stolcowy.

Podał Dr. W. Pisek,
asystent przy katedrz anat. patol.

Agnieszka F., lat 48 lic ica, po powrocie z odpustu, podobno przez dwa dni miała bezwzględnie pościć (w połowe sierpnia 1880). Dotychczas zawsze zdrowa, zapadła na „zapalenie jelit", wśród którego często gwałtownych miała doznawać bólów w znacznie rozdętym żywocie. Całe dni przepędzała na podłodze w położeniu „kolankowo-łokciowém", doznając w téj pozycyi jakiéjś ulgi. Od czasu do czasu czuła się w istocie nieco zdrowszą, lecz po parodniowych przerwach zapadała na nowo. Na dwa dni dopiero przed przybyciem do szpitala (w połowie listopada) miano spostrzedz w otworze stolcowym opadnięte jelito. Do szpitala przywieziono ją umierającą. Sekcyja wykonana dnia 25 listopada 1880 r. wykazała stan następujący:

Ciało kobiety średniego wzrostu wynędzniałéj, o skórze cienkiéj, bladéj, zanikłéj podściółce tłuszczowéj. Czaszka prawidłowa. Mózg i opony niedokrewne. W zatokach opony twardéj nieliczne świeże skrzepy krwi. Płuca w licznych miejscach poprzyrastane do ścian klatki piersiowéj wiotkiemi pasmami włóknistemi, zajęte w częściach przybrzeżnych miernego stopnia rozedmą, blade; części t lne sinawe. Miąższ nieznacznie surowiczo obrzękły wszędzie zawiera powietrze. Wewnętrzna powierzchnia osierdzia blada, połyskująca Serce nieznacznie w poprzek rozszerzone, mięsień wiotki brunatnawy. Zastawki, śródsierdzie blade, cienkie. Nieliczne świeże skrzepy krwi wypełniają obie jamy komórkowe.

Brzuch zapadły. Jama otrzewnowa nie zawiera treści nieprawidłowéj. Otrzewna prócz niżéj podanych miejsc wszędzie blada, gładka, lśniąca. Jelita przedstawiają się w sposób niezwykły ułożone. Po stronie prawéj nie widać wcale jelita grubego, stronę tę zajmują wyłącznie pętle jelita cienkiego, miejscami ze sobą pasmami włóknistemi pozrastane. Lewą zaś połowę jamy brzusznéj zajmuje część zstępująca jelita grubego, którego ściana tworzy liczne, w części dachówkowato nakrywające się, gęste fałdy, które w okolicy zakrzywienia esowatego stają się mniejsze i rzedsze, a na odbytnicy prawie ich nie ma. Grubość jelita zstępującego blisko w dwójnasób zwiększona a przez nienapięte marszczące się ściany jego można wyczuć treść nieprawidłową, czyniącą wrażenie pętli jelitowych. Śledząc bieg pętli jelitowych przekonać się można, że jelito biodrowe, w pobliżu swego zakończenia, wsunięte jest w ową pofałdowaną i znacznie rozszerzoną część jelita grubego w okolicy zagięcia śledzionowego i w miejscu tém silnie pozrastane z surowiczą powierzchnią wtłoczonego jelita grubego licznemi twardemi błonami wrzekomemi. Brzeg jelita grubego, okalającego w kształcie wysokiego (po stronie lewéj niższego) fałdu, jelito biodrowe jest zupełnie wolny, gładki. Po stronie lewéj ściana jego wraz z częścią sieci lejkowato w głąb wciągnięta, pozrastana. W części zstępującéj, zgięciu esowatém i odbytnicy, jako w częściach pochwę zagłoby stanowiących, w których błona śluzowa nieżytowa zmieniona i w których znajdował się kał zbity, leży, jak widać po nacięciu, część wgłobiona, zupełnie wolno, w kształcie 34cm. długiego, kilkakrotnie koło swéj osi okręconego, postronka, biorącego swój początek w górze, w szyi zagłoby, a wysuwającego się z odbytnicy na 22cm. stanowiąc tu guz sinawy, twardy, 8cm. szeroki a 5cm. gruby. Dokładniejsze zbadanie szyi wgłobienia w okolicy lewego podżebrza wykazuje, że nieznaczny odcinek jelita biodrowego, 3—4cm. długi, otoczony twardą, zbitą tkanką łączną sterczy otwartém swém światłem (całym obwodem) w światło jelita grubego. Błona śluzowa na brzegach światła jelita biodrowego dokładnie wykazać się daje a miejscami nawet unosi się w postaci strzępków, gdzieniegdzie pozrastanych z otoczeniem. Powierzchnia surowicza zrośnięta częścią ze surowiczą powierzchnią jelita grubego (na wewnętrznéj stronie wspomnionego fałdu), częścią też, mianowicie po stronie lewéj, przyczepiona do utkania sieci dużéj, która również w tém miejscu jest poprzyrastana. Ciągłość jelita biodrowego jest tedy przerwaną, zakończenie jego znachodzi się bowiem poza odbytnicą w guzie odpowiadającym wynicowanéj kątnicy, podczas gdy część (środkowa) górna tkwi w szyi zagłoby; w témże samém miejscu po stronie lewéj wciągniętą jest część ściany jelita grubego, a zatem pochwy, w głąb światła swego, tworząc część zagłobioną, stanowiącą oś zagłoby i przechodzącą, jak wyżéj wspomniano, przez odbytnicę na zewnątrz. W szyi tedy zagłoby widoczne są dwie zagloby, jedna dotyczy jelita biodrowego, a druga własnéj ściany jelita grubego. Ciągłość jelita biodrowego jest przerwaną, a część zagłobioną stanowi właściwie tylko wynicowana wydłużona ściana jelita grubego. Powierzchowną warstwę téj części stanowi błona śluzowa sina, szarawa gdzieniegdzie, w miejscach skrętom odpowiadających zamieniona na tkankę bliznowatą, twardą; warstwę zaś głębszą (osiową) tworzy zbite utkanie powstałe ze zrośnięcia przylegających do siebie powierzchni surowiczych wciągniętéj na wewnątrz ściany jelita grubego i szczątków krezki zawierających grube naczynia. Obwód zagłobionéj części w szyi wynosi 14cm., w otworze zaś stolcowym tylko 8cm., gdzie błona śluzowa jéj powierzchnię zewnętrzną tworząc przechodzi bezpośrednio w błonę śluzową pokrywającą guz zewnątrz odbytnicy położony. Część ta tworzy okrągławy, spłaszczony, między udami położony guz, na którego części szczytowéj widoczny jest otwór o sinawych nieco rwyniosłych brzegach, otwór biodrowo-kątnicowy a nieco poniżéj ujście wyrostka robaczkowego. Jest to wynicowana i zgrubiała kątnica. Błona śluzowa kątnicy jest sina, zgrubiała, miejscami owrzodziała. Przez otwór biodrowo-kątnicowy wchodzi się do kanału 16cm. długiego, przez całą długość guza tego przechodzącego, którego ujście górne leży tuż obok miejsca, w którém część wpochwiona, tworząca niejako szypułkę, przechodzi w ten guz. Kanał ten jest to światło oddzielonéj, końcowéj części jelita biodrowego, przyrośniętéj do surowiczéj powierzchni kątnicy. Błona śluzowa kanału tego przechodzi przy jego ujściu górném w tkankę bliznowatą, szarawą, okalającą w kształcie pierścienia, do $1 \frac{1}{2}$cm. szerokości, brzeg otworu; na zewnątrz łączy się owa tkanka bliznowata z błoną śluzową wynicowanéj kątnicy. W guzie tym po nakrojeniu rozróżnić można dokładnie dwa cylindry, je-

den zewnętrzny a drugi wewnętrzny, t. j. końcowy odcinek jelita biodrowego. Pomiędzy powierzchniami surowiczemi tych dwóch cylindrów znajdujący się przestwór zewsząd zamknięty, wypełniony znaczną ilością wypociny włóknikowo-ropnéj, prócz tego znajdują się i zrosty błoniaste.



1. Swiatło jel. zstęp.
2. Jel. biodrowe.
2.' Dolny, końcowy odcinek tegoż.
3. Lejkowato wciągnięta i zrośnięta ściana jelita grubego.
4. Wynicowana kątnica.
4.' Ujście biodrowo-kątnicowe.
5. Otwór stolcowy.

Uw. Kréski poprzeczne odpowiadają zrostom otrzewnowym
Linija ząbkowana odp. otrzewnie.
++ Jelito wstępujące i poprzeczne pofałdowane (fałdy, dla uproszczenia rysunku, nie wyobrażone).

Przypadek niniejszy przedstawiał w początkach swego rozwoju jedną ze zwykłych form zagłoby biodrowo-kątnicowéj, któréj jednak zejście różni się od zwykle napotykanych. Jak wiadomo zazwyczaj albo część wpochwiona skutkiem zrostów ustala się w swém położeniu a sklęśnięcie cylindra wewnętrznego przywraca drożność przewodu pokarmowego, albo też część wpochwiona ulega całkowicie lub częściowo zgorzeli zostając przytém wydaloną; wreszcie przyjść może do nieprawidłowych połączeń światła jelit w szyi lub co rzadziéj w szczycie zagłoby z jamą brzuszną. (Feigel: Kazuistyka rzadkich przypadków zeszyt I).

W naszym przypadku powstała wprawdzie zgorzel szyi wpochwionego cylindra, zgorzel jednak tylko zajęła część ściany jelita zagłobionego. A mianowicie ściana jelita biodrowego uległa w szyi zagłoby całkowicie zgorzeli na całym obwodzie, tak, że część dolna oddzieliła się w zupełności od części górnéj zrostami w swém położeniu ustalonéj. Ściana zaś kątnicy uległa tylko w $^3/_4$ częściach obwodu zgorzeli, tak, że zostało pasmo łączące oddzieloną część *intussuscepti* ze szyją zagłoby. Oddzielona tedy część tworzyła twór szypułkowy, który podobnie jak inne twory szypułkowe przewodu pokarmowego ujęte ruchem robaczkowym jelita w następstwie sprowadzają zagłobę t. zw. częściową czyli boczną W ten sposób téż powstało i w naszym przypadku owo długie postronkowate pasmo, łączące oddzieloną część *intussuscepti* ze ścianą jelita, które to pasmo uległo nadto jeszcze kilkakrotnemu okręceniu. Guz ten posuwając się coraz daléj w jelicie grubém i utworzywszy szypułkę, któréj długość musi być ograniczoną, wywołał w końcu owo pofałdowanie górnéj części jelita grubego, które po otwarciu jamy brzusznéj było tak uderzającém.

Z niedokładnych anamnestycznych dat wypływa, że cierpienie rozwijało się powoli, w przeciągu kilku miesięcy, co zresztą i stan jelit przy sekcyi napotkany stwierdza. Guz ów, który dopiero w ostatnich dniach miał się wydostać przez odbytnicę, należycie był odżywiany drogą naczyń wśród szypułki przebiegających. Otrzewna ścienna i trzewowa jamy brzusznéj nie przedstawiała świeżych zmian zapalnych, tak iż w tym przypadku zagłoba pośrednio tylko, skutkiem upośledzenia odżywienia w ciągu rozwoju téj zmiany, była przyczyną śmierci.

III. Oceny i sprawozdania.

Laryngoskopia oraz choroby krtani i tchawicy przez Dra Przemysława Pieniążka, docenta laryngoskopii przy uniwersytecie jagielońskim, ozdobiona 15 tablicami litograficznemi. Kraków. 1879, str. 603. Nakładem autora.

Obszerny ten podręcznik, jak go sam autor nazywa, dzieli się na dwie części: pierwsza zajmuje się anatomiją, fizyjologiją i sposobami badania krtani i tchawicy, druga traktuje o chorobach krtani i tchawicy w dwóch głównych rozdziałach, z których pierwszy obejmuje symptomatologiję zboczeń tak w prawidłowo przychodzących czynnościach krtani jak i tych, które tylko w stanie chorobowym się przytrafiają, drugi patologiję i terapiję szczegółową krtani i tchawicy. Ze zadania swego, co się tyczy samego przedmiotu, wywiązał się autor jak najlepiéj, gdyż wyczerpał go gruntownie, każdą część opracował z wielką dokładnością, a nawet drobiazgowością, a w każdéj części czytający nabiera przekonania, że autor oprócz obszernéj teoretycznéj w tym zakresie wiedzy posiada wiele własnego praktycznego doświadczenia.

W szczegółowéj patologii chorób krtani przyjmuje autor podział opierający się głównie na anatomii patologicznéj z uwzględnieniem jednak momentów etyjologicznych i stanu całego organizmu, a przez niektórych autorów przyjęty podział podług zajętych warstw anatomicznych jako niepraktyczny porzuca.

W ustępach traktujących o leczeniu podaje wszystkie aż do ostatnich czasów zalecane środki i sposoby leczenia oceniając krytycznie ich wartość.

Na końcu dzieła dodaje autor pietnaście czarno litografowanych tablic, przedstawiających przyrządy do badania krtani, rysunki krtani prawidłowéj podczas rozmaitych czynności w niéj zachodzących i krtani w stanach chorobowych, wreszcie przyrządy do operacyj śródkrtaniowych.

Podjęcie się przez autora téj pracy, opracowanie przedmiotu tak sumienne i doprowadzenie do końca własnym na-

kładem przynosi mu zaszczyt, a od społeczeństwa lekarskiego należy mu się wdzięczność i uznanie, że piśmiennictwo nasze, ubogie w oryginalne specyjalne prace, zbogacił monografiją, stojącą na równi z odpowiedniemi przez obcych autorów w innych językach wydanemi.

Jeżeli strona naukowa tego podręcznika nie może uledz żadnéj krytyce, to w kwestyi języka wiele jest do zarzucenia. Mimo, że autor jest uczniem szkół krakowskich, styl jego razi germanizmami i z tego powodu jest ciężkim i w niektórych razach nawet trudno zrozumiałym. Terminologija jest niejednostajną. Nie pojmujemy, dla czego autor, mając utarte i powszechnie używane polskie wyrazy i używając ich bardzo często w swém dziele, posługuje się w niektórych miejscach łacińskiemi, np. diagnoza, prognoza, symptomy, cysty, abscessy, tumory. Za niestosowne również uważamy, że autor używając słów łacińskich, które już bez spolszczenia w polskim języku się przyjęły, zostawia pisownię ich pierwotną w języku polskim nieużywaną np. polypy, lymfatyczny, phonacya. Braki te nie ujmują w niczém naukowéj wartości dzieła, lecz są niemiłe tak dla oka jak i dla ucha; mogłyby były przy dokładniejszém przejrzeniu dzieła po ukończeniu go zupełnie być usunięte, a tak swoją obecnością naprowadzają na podejrzenie, że dzieło z wielkim pośpiechem było przygotowywane i że skutkiem tego stronę jego językową tak po macoszemu traktowano. *Docent Dr. Pareński.*

Prof. Dr. S. Schultze: **Lehrbuch der Hebammenkunst.** Wydanie szóste. Lipsk, 1880.

Nad oceną dzieła tego tém mniéj potrzebujemy się rozpisywać, o ile bardzo poważne nazwisko autora i okoliczność, iż książka w szóstém wydaniu się pojawia, dzieło to już z góry zalecają. W książce przeznaczonéj dla nauki akuszerek zależy przedewszystkiém na stosownym doborze wiadomości, które uczennicom mają być udzielone, a następnie na jak najwyraźniejszém i jak najłatwiejszém przedstawieniu przedmiotu. Pod tym ostatnim względem celuje autor: nie licząc za wiele na inteligencyję swych uczennic wymienia w opisie każdego zjawiska tylko cechy najwyraźniejsze w tym porządku, w jakim się pojawiają i omawia elementarne wiadomości położnicze w krótkich ale jasnych wyrazach, stylem niejako katechizmowym, unikając starannie, o ile to możliwe, wszelkich obszernych wywodów i tłumaczeń, których akuszerka zrozumieć nie zdoła. Kilkadziesiąt rycin, bardzo pięknie wykonanych, objaśnia treść dzieła, choć naszém zdaniem niektóre przekroje schematyczne dość skomplikowane nie są przystępne dla umysłu położnych i właściwsze byłyby w książce spisanéj dla uczniów niż dla uczennic.

Co się tyczy zakresu wiadomości udzielanych akuszerkom, trzyma się autor zasady, iż położna powinna dokładnie rozumieć prawidłowe stosunki ciąży, porodu i połogu, a o nieprawidłowych wiedzieć potrzebuje tylko tyle, by je jako takie rozpoznać umiała; w ten sposób chce Schultze zmusić akuszerki do wczesnego wzywania lekarza, a nie dopiero na ten czas, skoro potrzebują płaszcza, któryby ich partactwo okrył swoją powagą i naprawiał to co zepsuły lub zaniedbały; z tego powodu i wskazówki lecznicze w przypadkach nieprawidłowych podane są bardzo skąpo. Zasada powyższa jest słuszną, ale stosunki miejscowe zmuszają rozszerzać lub ścieśniać wolność i zakres działania akuszerki. W naszym kraju, np. gdzie liczba lekarzy, względnie do ogólnéj liczby mieszkańców, jest za mała i nieraz kilka lub nawet kilkanaście godzin na przybycie położnika czekać potrzeba, musi się położnéj dozwolić wykonywać niektóre operacyje, jak sztuczne odklejenie i wydobycie z macicy łożyska, obrót płodu na nóżki i odprowadzenie wypadłéj pępowiny, o których autor w dziele swém wcale nie wspomina, bo widocznie w jego ojczyznie ściślejszéj łatwiej w każdéj chwili znaleźć można lekarza, niż u nas. Nie zgadzamy się jednak z autorem i w niektórych innych przypadkach na tryb postępowania, jaki akuszerkom zaleca. I tak na str. 118 poleca w pierwszym okresie porodowym badać wewnętrznie po każdym bólu lub w powolnym przebiegu porodu po każdym 4 lub 5 bólu, celem przekonania się o postępie porodu, podczas gdy wszyscy położnicy w tym okresie, właśnie z obawy możliwego zakażenia, jak najrzadziéj badać pozwalają, a Spiegelberg nawet po każdém badaniu pochwę roztworem kwasu karbolowego przestrzykiwać każe. Na str. 132 pozwala autor podwiązywać koniec łożyskowy pępowiny, ale wcale nie uważa to za potrzebne, zdanie, mojém przekonaniem, błędne w książce przeznaczonéj dla akuszerek, które rzadko kiedy przed porodem dziecka pierwszego bliźnięta rozpoznać umieją. Na str. 139 poucza autor, aby przez ugniatanie ścian macicy ułatwić odklejenie i wydalenie łożyska z macicy do pochwy, a gani wpychanie dna macicy ku jamie miednicy celem wyparcia łożyska na zewnątrz; natomiast zaleca przez wkładanie palców wysoko do pochwy przekonać się, czy łożysko z macicy już się odkleiło, i każe je wydobywać przez silne spychanie dwoma palcami miejsca uczepienia pępowiny i przez śmiałe pociąganie téjże, — a zatém w sposób, którym położna najłatwiéj części dodatkowe przerwać lub macicę wynicować może. Z tych powodów nie moglibyśmy dzieła tego naszym akuszerkom bez odpowiednich zmian do powszechnego użytku zalecać, gdyby z powodu obcego im języka i tak nie było dla nich niedostępne, — nauczyciele zaś akuszerek znajdą tu bardzo wiele cennych wskazówek, w jaki sposób uczyć i częstokroć zawiłe sprawy wyjaśniać należy. Nauka o mechanizmie porodowym, o ułożeniu rodzącéj podczas porodu, o sposobie podpierania śródkrocza, a wreszcie nauka rozpoznania rozmaitych zboczeń znakomicie jest opracowana.

Dr. Henryk Jordan.

Toussaint i Pasteur: **Cholera drobiu.**

Według Toussainta chorobę zwaną cholerą drobiu niewłaściwie tak przezwano, a to tylko dla tego, że równocześnie z nagminnie w Paryżu panującą cholerą pojawiła się u drobiu, nie mając zresztą żadnego podobieństwa do téj ostatniéj. Polega ona na obrzęku całego łańcucha gruczołów ułożonych po bokach krtani, na wypocinach zapalnych w osierdziu i owrzodzeniu w dwunastnicy, i jest wielce zabójczą. Krew z takiéj kury lub odchody z niéj, domięszane chociażby w drobnéj ilości do żeru, zabijają w ten sam sposób przynajmniéj cztery z sześciu, ztąd wnosi Toussaint, iż przewodem dla dostania się jadu do krążenia zdaje się być uszkodzony przybłonek w gębie lub na języku.

Badania Pasteura tyczące się cholery drobiu są nader ciekawe i pouczające. Stwierdził on, że istoty drobnowidowe (bakteryje cholery), wywołujące tę chorobę, można sztucznie zewnątrz organizmu wyhodować, przyczém okazało się, że pomiędzy bakteryją cholery a *bacillus anthracis* ciekawe zachodzą różnice, i tak: w płynie drożdżowym, w którym *bacill anthr.* obficie się rozmnaża, bakteryje cholery wcale się nie rozwijają. Te ostatnie najlepiéj prosperują w naparze

mięsa, szczególnie zaś w rosole z drobiu. Są to owalne malutkie bakteryje, mnożące się przez poprzeczne ściśnienie; średnica ich wynosi $^1/_{50000}$ do $^1/_{20000}$ cala, tak, że z tego powodu podobne są do *bacterium lactis*. Można je pielęgnować w licznych generacyjach a nie tracą one nigdy na jadowitych własnościach, zaszczepione wywołują zawsze u kury chorobę zwaną cholerą, podobnie jak przez podawanie kurom żeru z krwią lub odchodami choréj kury zmięszanego. Wniosek przeto jest zupełnie uzasadniony, że tylko te istoty (bakteryje) są przyczyną i źródłem choroby i stanowią właściwy jad, zwłaszcza gdy usunięto wszelkie istoty, o którychby można przypuszczać, iż jako zawarte w choréj krwi, do rozwoju choroby się przyczyniają. Rozwój tych istot nie sprawia rozkładu czyli gnicia płynu, z czego wypływa, iż one są same dla siebie bardzo niszczące, skoro równocześnie pozbawione są wszelkich septycznych właściwości. Dostrzega się przytém, że *bacterium* cholery w pewnéj ilości płynu przez pewien tylko czas się rozwija, daléj zaś rozwój ustaje, a jakkolwiek płyn tylko małą cząsteczkę na wadze utracił, i wcale w rozkład nie przeszedł, to w tym płynie nie rozmnoży się już bakterium cholery choćby je ze świeżego źródła doń wpuszczono. W fakcie tym widać analogiję ze skutkiem szczepienia ospy lub przebycia odry, płonicy itd. przez co osoba staje się zabezpieczoną przed powtórzeniem się choroby na przyszłość. Pasteur twierdzi, iż sposobem dotychczas nie ogłoszonym zdoła on osłabić jadowitość tych organizmów drobnowidowych do tego stopnia, że zaszczepione kurze wywołują chorobę tylko w małym stopniu, co im zabezpiecza na przyszłość siłę odporną, a więc szczepi je podobnie jak się to robi z krowianką. W miejscu zaszczepienia na mięśniu piersiowym tworzy się rodzaj ograniczonéj zgorzeliny, która się zastrupia. *(Brit. med. Journ.* wrzesień).

W ostatnim, głośnym swoim wykładzie, mianym w Akademii lekarskiéj w Paryżu Pasteur wygłosił dalszy ciąg swoich poszukiwań. Nasamprzód przypomina on z pracy swéj dawniejszéj: 1) że cholera drobiu jest chorobą w najwyższym stopniu zaraźliwą (naturalnie dla drobiu). 2) Że jad przedstawia się jako pasorzyt drobnowidowy, który z łatwością zewnątrz ustroju zwierzęcego przez uprawę rozmnożyć się daje. Ztąd możność badania go w stanie zupełnie czystym, i wykazania go jako jedyne źródło choroby i śmierci. 3) Że jad różne stopnie jadowitości posiadać może, częstokroć choroba kończy się śmiercią, czasem zaś wyzdrowieniem, z przypadami chorobowemi różnéj siły. 4) Że i w cholerze drobiu, jak we wszystkich chorobach zakaźnych, istnieje prawidło, że takowa nie ponawia się u tego samego osobnika, czyli raczéj nawrót, gdy się tu wydarza, stoi w odwrotnym stosunku do ciężkości pierwszego napadu; ochronę zaś tak dalece posunąć można, że następne zaszczepiania jadem najsilniejszym pozostają bez skutków. 5) Że w cholerze drobiu jad może stać się takim, że w stosunku do najsilniejszego jadu ten sam pożytek przynosi, co krowianka w stosunku do ospy.

Krowianka wywołuje chorobę łagodną, która udziela ochronę przed ciężką chorobą, tj. przed ospą. Tak samo jad cholery drobiu może stać się tak słabym, iż wywołując chorobę łagodną, nie zaś śmierć, stanie się ochronnym. P. nie chce stanowczo twierdzić, iż rzeczywiście stosunek ten czyli powinowactwo między ospą a wakcyną istnieje; co się zaś tyczy cholery drobiu i jéj jadu powinowactwo to wedle P. istnieje; wyprowadza on bowiem jad łagodny z jadu najsilniejszego, przyczém zasadniczéj różnicy co do istoty obu nie masz. Pasteur przypuszcza, że i w rozmaitych gatunkach z téj gromady jadu, któréj istota leży w ciałku mikroskopijném, istnieją różnice co do siły jadu. Tu wskazuje na epidemije ospy już to ciężkie, już to łagodne, co się nie da wytłumaczyć odmiennym klimatem lub usposobieniem osobników. Teoryja o różnéj potędze jadu wprawdzie nie zadziwi nikogo, zawsze jednak ogromnéj to będzie doniosłości, gdy zmienność siły jadu naukowo stwierdzoną będzie. Zasługa leży w tém, że pomimo, iż istota zarazy polega na ustroju mikroskopijném, wedle Pasteura zależy to od woli badacza zmienić jego siłę jadowitości. Sposób, w jaki tego dokonać można, stanowi przedmiot ostatniego przemówienia Pasteura.

Do uprawy, tj. do dalszego rozpłodnienia jadu, bierze P. jad najsilniejszy, taki, który zaszczepiony zwierzętom z dziesięciu zabija 10, z dwudziestu 20. Takim jadem jest wedle doświadczeń P. ten, który pochodzi od kury padłéj z chronicznéj choroby (cholery drobiu), która czasem się zdarza. Po sprawdzeniu téj nadzwyczajnéj siły jadu, rozmnaża go w odwarze z mięsa kury, czyli w rosole z kury; z tego świeżego jadu bierze znowu zarodek do świeżéj ilości rosołu i tak daléj, tworząc przez to różne generacyje istot jadowitych. Wedle doświadczenia przyrzut ten świeży zaszczepiony tak samo zabija 10 z dziesięciu; potęga jadowitości wcale się nie zmniejszyła w dalszych generacyjach, pod warunkiem, że odstęp czasu między tworzeniem jednéj a następnéj generacyi był krótki. I tak gdy odstęp ten czasu wynosi 1, 2, 3, 4, 6, nawet 8 tygodni, żadna nie zachodzi jeszcze różnica co do potęgi jadu. Przy dalszém przedłużeniu tego odstępu czasu spostrzega się stopniowo pewne osłabienie jadowitości istot drobnowidowych świeżego rozwoju. Szybkość śmierci wolnieje, a i stosunek śmiertelności się zmniejsza; jad stracił swój charakter doraźny. Gdy się okres między jedną a następną generacyją (rozwojem) przedłuży do 4, 5, 6, 8 miesięcy, różnica w sile jadu staje się coraz wybitniejszą; pada z niego stosunkowo 9 późniéj 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1 a nawet żadne zwierzę, w miarę przedłużenia czasu między rozwojami. Jedném słowem w rozdzieleniu okresów i w ich przedłużeniu mamy środek jad osłabiający tak dalece, że w końcu otrzymamy jad ochronny, niby krowiankę, który nie tylko nie zabija, lecz przeciwnie łagodną formę choroby wywoławszy chroni przed formą zabójczą. Matematycznéj atoli scisłości w stopniowém zmniejszeniu się potęgi jadu nie masz; zdarza się, że jad wytworzony przed pół rokiem może pomimo to okazać znaczną siłę, podczas gdy przy innym tworze już przerwa 3—4 miesięczna sprawiła znaczne osłabienie jadowitości. Nieraz nawet daje się spostrzedz nagły skok od wysokiego stopnia zarazy do zupełnego obumarcia ustrojów jad przedstawiających. Pasteur jest zdania, że anomalija ta jest tylko pozorną, i zwykłém zjawiskiem. Śmierć pasorzyta, tj. utrata siły do dalszego rozwoju, zawsze wtedy się pojawia, gdy odstęp między jedném a następném zarobieniem był dostateczny. Cóż się dzieje z temi istotami drobnowidowemi w ciągu tych zmian? P. przyznaje, że z powodu drobności ciałek nie mógł dostrzedz wybitnéj zmiany morfologicznéj. Ustroje jednego rozwoju zupełnie są podobne do następnych. Gdy czasem nieznaczne zachodzą różnice, to zdają się one być przypadkowemi, gdyż w następném zarobieniu znikają one lub w odwrotnym wytwarzają się kierunku.

Podnieść należy, że gdy jad do tego stopnia został osłabiony, iż z 10ciu zabija jedno zaszczepione zwierzę, jad z następnego, lecz w bardzo krótkim czasie przedsięwziętego, roz-

woju tę samą zachowuje siłę jadowitości. Godnym uwagi jest także fakt, że odstęp czasu, wystarczający do zupełnego zniszczenia jadu już osłabionego, nie wystarcza do zniszczenia jadu silniejszego, który przez to tylko słabszym się staje. P. dowodzi, że przyczyna osłabienia jadu leży we wpływie tlenu z powietrza. Dociekanie tego pytania, które mu się nasunęło, prowadził P. w sposób następujący. Odpowiednią ilością rosołu z drobiu zarobionego jadem najsilniejszym, ponapełniał cały rząd rurek szklanych do trzech czwartych wysokości, poczém je szczelnie opieczętował. Powietrze, które w rurkach jeszcze pozostało, wystarcza na jakiś czas do rozwoju istot, dalszy zaś rozwój ustaje, z powodu braku tlenu, mgła, z początku się zwiększająca, pomału znika, obłoczek upada na dno, a ciałka układają się przy ścianach, płyn się rozjaśnia. Trzy do 4 dni do tego wystarcza. Mały organizm pozostaje nadal bez wpływu tlenu, naturalnie dopóty, dopóki rurki szklanej nie otwarto. Cóż się staje z siłą jadu? Dla pewności P. urządził równocześnie taką samą liczbę rur otwartych, napełnionych ciałkami tego samego rozwoju, co w zamkniętych. I oto podczas gdy, jak to już wiemy, w otwartych rurkach stopniowo potęga jadu słabnieje, pokazało się, że jad wzięty z 10 zamkniętych, a w odstępach od jednego do 10 miesięcy czasu otwieranych, zachował swoją pierwotną, tj. tę samą siłę jadowitości, jaką posiadały istoty wzięte do doświadczenia. W tym samym czasie, tj. po 10 miesiącach, siła jadu w otwartych rurkach zupełnie zniszczoną lub znacznie została osłabioną. Jest to przeto tlen z powietrza, który osłabienie jadowitości tych istot sprawia. Spodziewać się należy, że siła ta niszcząca, która leży w tlenie powietrza atmosferycznego, a wszędzie istniejącego, okaże się též dzielną przy innych przyrzutach.

W każdym razie uwagi godnym jest ten fakt, iż kosmiczny wpływ głównym jest czynnikiem w osłabianiu jadowitości. Czyż nie wolno nam odtąd przypuszczać, że właśnie temu to wpływowi przypisać należy kres wielkich epidemij. *(The Lancet, 6 listopada 1880).* *Dr. Karcz.*

Dr. Rachel (w Nowym Jorku): **Post czterdziestodniowy Dra Tannera.**

Aczkolwiek sprawa ta dziś mniéj budzi zajęcia, niż wówczas, kiedy była w toku, to przecież pod względem lekarskim zasługuje na wzmiankę, zwłaszcza, że już dokładne mamy o niéj wiadomości. Dr. Tanner, z pochodzenia Anglik, liczy obecnie lat około 50. Poprzednio trudnił się praktyką lekarską w różnych miastach Stanów Półn., uważając zawsze błędy dyjetetyczne za przyczynę powstawania przeważnéj części chorób. W następstwie tego zapatrywania przyjął za zasadę w leczeniu, usuwać środki drażniące i podawać choremu pokarmy pożywne w miernéj tylko ilości. Teoryję tę omawiał w publicznych wykładach i zachwalał ją poszcząc sam po kilka, a nawet kilkanaście dni w razach niemocy. W roku 1877 pościć miał po raz pierwszy przez dłuższy czas (42 dni), czemu jednakże dzienniki amerykańskie stanowczo przeczyły. W odpowiedzi ogłosił Tanner, że podejmuje się raz jeszcze próbę tę pod ścisłym nadzorem wykonać, jeżeli przeciwnicy złożą 5000 dolarów na cele dobroczynne. Sprawa ta przycichła podówczas i dopiero w ostatnich czasach nabrała rozgłosu z pojawieniem się bajecznéj wiadomości o Miss Mollie Fancher, która przez 14 lat od przyjmowania pokarmów wstrzymywać się miała. Gdy ta na odbycie miesięcznéj próby głodowéj pod dozorem Towarzystwa neurologicznego zgodzić się nie chciała, natenczas Tanner zgłosił się do ponownéj próby i pod nadzorem lekarskim rozpoczął w końcu czerwca wielki post czterdziestodniowy. Na początku doświadczenia wynosił ciężar jego ciała 157½ ft. W pierwszych 16 dniach wstrzymywał się nawet od picia wody, w następnym zaś czasie pił stosownie do pragnienia. W dniu 25 wystąpiły nudności i wymioty żółcią i śluzem obok częstego a przykrego odbijania. Odtąd upadać zaczął coraz więcéj na siłach, wymioty bowiem pojawiały się coraz częściéj i dopiero woda nasycona kw. węglowym przypady te powstrzymała. Dnia 27 pojawiło się chwilowe osłabienie pamięci, a w ostatnich chwilach doświadczenia niezwykła wystąpiła drażliwość. Ilość moczu zmienna; ilość mocznika stale się zmniejszała i gdy w pierwszym dniu wynosiła 29,00 na dobę, to w ostatnim dniu tylko 6,00. Największe różnice w ilościach mocznika przedstawiają się w pierwszych 4 dniach; późniéj różnice te były daleko mniejsze, fosforany w drugiéj połowie próby stale się zmniejszać poczęły. W pierwszych 16 dniach utrata na ciężarze ciała wynosiła 20 ft. Gdy od 16 dnia począwszy wodę pić zaczął, ciężar ciała podniósł się w trzech dniach o 4 funty; od 19 dnia jednakże już stale się obniżał, a w ostatnim dniu doświadczenia wynosił 121⅓ ft. Wypróżnienia przez cały czas nie było. Straconych 36 funtów na ciężarze odzyskał w bardzo krótkim czasie, bo w przeciągu dni 8. Doświadczenie to o tyle tylko ma pewne znaczenie, że pod względem moralnym korzystnie oddziaływać może na osoby mimowolnie na podobne próby narażone, jak np. w razie rozbicia się okrętu, w miastach oblężonych itd. (*Wiener med. Wochenschrift* Nr. 48, 49, 1880) *R.*

Dr. Feldbausch: **Nowy sposób stałych wdychiwań.**

Odkąd wdychiwania wliczono w szereg bardzo skutecznych środków leczniczych, powstała także znaczna liczba przyrządów ku temu celowi służących; przy jednych wdychiwanie odbywa się przez usta, przy drugich przez usta i nos. Sposób, jaki autor podaje, przedstawia trzecią możliwą odmianę, wdychiwanie odbywa się przez nos, a tym sposobem może trwać czas dłuższy, a nawet i stale. Przyrząd cały składa się z dwóch rurek szklanych, do których wkłada się kawałeczki bibuły napojone odpowiednim środkiem np. olejkiem terpentynowym, wsuwa w otwory nosowe, gdzie się doskonale same przez się utrzymują. Rurek takich używa autor w trzech postaciach: pierwszą formę przedstawiają dwie rurki ze sobą połączone, po zastósowaniu na zewnątrz dość znacznie wystające a tém samém łatwo widoczne, działanie przy téj formie jest najsilniejsze, wydobywanie i wprowadzanie narządu najłatwiejsze. Przy drugiéj na zewnątrz jest tylko samo połączenie rurek widoczne, a nakoniec przy trzeciéj rurki są niepołączone, każdą z osobna się wsuwa w odpowiednie nozdrze, tak że przed okiem drugich osób są najzupełniéj ukryte. Zalety sposobu tego są: łatwość zastósowania i dogodność przyrządu, możliwość dawkowania środka mającego być wziewanym za pomocą kroplomierza, wreszcie możność dłuższéj inhalacyi bez jakiegokolwiek wysiłku ze strony chorego. Przyrządów takich dostarcza C. Jehl, Münsterapotheke w Strassburgu, po cenie 2 marek. *(Berl. klin. Woch.* 1880, Nr. 47). *Dr. K. Bossowski.*

Prof. Mosler: **O miąższowém wstrzykiwaniu rozczynu Fowlera w przewlekłe obrzęki śledziony.**

W nowszych czasach próbowano kilkakrotnie miejsco-

wego leczenia obrzęków śledziony, tak przez zwykłe nakłócia igiełką, po których spodziewano się ograniczonego krwotoku miąższowego i następowego miejscowego zaniku miąższu śledziony, jakoteż przez wstrzykiwania w śledzionę różnych środków leczniczych, jak kwasu karbolowego, wyciągu sporyszowego, rozczynu Fowlera itp., któreby rychléj i skuteczniéj działały i silniéj kurczyły śledzionę, niż przy użyciu wewnętrznem. Że leczenie podobne nie zawsze uwieńczone było pomyślnym skutkiem, świadczy przypadek z kliniki Kussmaula opisany przez Jaegera (*Inaug. Dissert.* Strassburg, 1880), który z powodu śmierci chorego w sześć godzin po zastrzyknięciu pierwszy raz dał sposobność do naocznego przekonania się o zmianach anatomicznych przez nakłócia i wstrzykiwania w śledzionie wywołanych. Chodziło w tym przypadku o znaczny obrzęk śledziony u chorego z białaczką (*Leucaemia lienalis*), dla zmniejszenia którego robił Kussmaul kilkanaście razy nakłócia śledziony kolcem do 3 milim. grubości mającym, a gdy te nie skutkowały, zastosował cztery razy elektropunkturę, wreszcie nie widząc najmniejszego zmniejszenia się obrzęku, wstrzyknął w miąższ śledziony rozczyn kwasu sklerotynowego zwykłą strzykawką Pravaza, poczém wystąpiły tak gwałtowne przypady, że chory po 6 godzinach życie zakończył. Przy sekcyi nie znaleziono w śledzionie po 14 zwykłych nakłóciach i po czterech elektropunkturach ani śladu wynaczynienia lub reakcyi a tylko jedno nakłócie, prawdopodobnie ostatnie, pozostawiło po sobie cieniutki czerwonawy prążek, pomimo że igły do punkcyi użyte dochodziły do grubości 3 milim. Śmierć nastąpiła według Jägera nie z powodu otrucia wstrzykniętym kwasem sklerotynowym, lecz z powodu nagłego wstrzyknięcia płynu do naczyń śledziony dosyć wiotkiéj u człowieka wynędzniałego z powodu długotrwałéj białaczki, dla tego do zastrzykiwań kwalifikują się jedynie obrzęki śledziony twarde i zbite u ludzi niezbyt wyniszczonych. Tego samego zdania jest Mosler, który przestrzega nadto przed możebnym po nakłóciu krwotokiem z śledziony i dla tego robiąc doświadczenia z wstrzykiwaniem rozczynu Fowlera trzyma się stale następujących prawideł, rokujących powodzenie lecznicze: 1) Obrzęki śledziony do wstrzykiwań wybrane winny być twarde i zbite a nie pochodzić z białaczki, zwłaszcza wysoko posuniętéj, w któréj rokowanie jest zawsze niepomyślne; 2) Przy każdorazowém zastrzyknięciu należy zachować pewne środki ostrożności, a mianowicie pobudzić śledzionę przez kilka dni do kurczenia się za pomocą chininu, w lewatywie 2 razy dnia podanego, tudzież zimnemi okładami na kilka godzin przed zastrzyknięciem na okolicę śledziony stosowanemi; najlepiéj użyć do tego worka z lodem, który zostawić należy także przez kilka godzin po zastrzyknięciu; 3) Ważną także rolę odgrywa środek do zastrzykiwania użyty; Mosler używa rozczynu Fowlera, środka znanego z działania przeciwzimniczego jeszcze za Paracelsa a zalecanego kilkakrotnie tak przez angielskich jak i niemieckich lekarzy; lek ten znoszą chorzy dobrze, użyty przez zastrzyknięcie miąższowe nawet w wysokich dawkach (0,15—0,20) nie wywołuje szkodliwych objawów a śledzionę, będąc z nią w bezpośredniéj styczności, pobudza tém rychléj do kurczenia się.

Przypadki użyte przez M. do doświadczeń były następujące:

I. Mężczyzna, 26 lat liczący, z wielkim obrzękiem śledziony ku przodowi aż do linii środkowéj brzucha sięgającym, który powiększał się powoli po przebyciu kiły i zimnicy długotrwałéj. Gdy leczenie miejscowe prądem elektrycznym okazało się bezskuteczném, rozpoczął M. wstrzykiwania rozczynu Fowlera zaczynając od pół strzykawki nierozcieńczonego płynu na raz przy zachowaniu ostrożności wyżéj wymienionych; po kilku dniach podwyższono dawkę do pełnéj strzykawki na raz, co choremu nie sprawiło żadnego bólu, tak że w przeciągu 5 tygodni zrobiono 16 zastrzykiwań z skutkiem bardzo pomyślnym, bo udało się dokładnie stwierdzić znaczne zmniejszenie śledziony.

II. W przypadku drugim znachodził się u chorego, 59 lat liczącego, znaczny obrzęk śledziony pozimniczy, który nietylko był przyczyną różnych zboczeń w trawieniu, ale przez napinanie więzadeł śledziony wywoływał silne bóle przeszkadzające chodzeniu. Siedmiokrotne zastrzyknięcie całéj strzykawki czystego rozczynu Fowlera nietylko usunęło przypady żołądkowe i bóle choremu dokuczające, ale zmniejszyło także obrzęk śledziony, a choremu zdawało się, jakoby guz obecnie silniéj był w brzuchu osadzony. (*Deutsche medic. Wochensch. Nr. 47*). *Dr. I. W.*

Prof. Senator: **Odma piersiowa i jéj leczenie obok uwag nad zabiegami operacyjnemi w obec towarzyszących jéj wysięków opłucnowych.**

Zdanie dość upowszechnione, bo nawet dające się napotkać w najnowszych podręcznikach, że przy odmie piersiowéj wysięk w jamie opłucnowéj jest zawsze albo przynajmniéj bardzo często ropny, nie jest zgodne z rzeczywistością, w znacznéj bowiem ilości przypadków, przez autora obserwowanych jak i z literatury zaczerpniętych, wysięk był czysto surowiczy. Nie zwrócono téż dotąd uwagi na ten szczegół, że przy jednostronnéj odmie piersiowéj wysięk bywa często obustronny, zwykle mniejszy znacznie po stronie wolnéj od odmy, nieraz po stronie odmy ropny, po drugiéj surowiczy. Na dalsze losy wysięku niemały wpływ ma sposób powstania odmy, stwierdzoném jest bowiem, że wysięk opłucnowy przy odmie piersiowéj powstałéj w skutek wewnętrznego nadwerężenia płuc prawie nigdy, a w stosunku do odmy w skutek urazu zewnętrznego na klatkę piersiową nader rzadko ulega gnilnemu rozkładowi. Jakość sama wysięku zależy od rodzaju i siły bodźca zapalnego, daléj od osobniczéj drażliwości i odporności opłucnéj; najlepszym dowodem téj ostatniéj są dzieci, u których wysięki z jakichkolwiek przyczyn powstałe przeważnie są ropne. Co się zaś tyczy bodźca zapalnego prowadzącego przy odmie piersiowéj do wysięku opłucnowego, nie można ani na chwilę przypuścić po doświadczeniach Wintricha, Senffta, aby nim miało być powietrze jako takie, nierzadkie zresztą są przypadki dłuższy czas trwającéj odmy bez śladów wysięku, jak nie mniéj i takie, gdzie powstały wysięk przy istniejącéj daléj odmie w zupełności ustąpił. Charakterystyczny przypadek tego rodzaju przytacza autor. Bodziec zapalny tkwi w wydzielinach, częściach tkanin, ciałach obcych itd. z powietrzem się dostających, dziwném tylko wydawaćby się mogło, że właśnie odma z przyczyn wewnętrznych, tj. od płuc powstała, działa mniéj gwałtownie i mniéj zgubnie, wysięki opłucnowe są częściéj surowicze, przebieg dalszy pomyślniejszy, jak odma po zranieniu klatki piersiowéj, gdzie względnie czyste powietrze dostawaćby się powinno. Okoliczność tę tłumaczy autor dwoma momentami: najprzód powietrze z płuc się dostające przechodzi przez organ o budowie ściśle komórkowatéj, gąbczastéj, jakim są płuca, oczyszcza się więc jakby w pewnego rodzaju filtrze, a powtóre powietrze płuc jest wysycone kwasem węglowym, w miniaturze środkiem desinfekcyjnym.

Rozumie się, że warunki te będą tylko dostateczne, w obec małéj przerwy w ciągłości płuc i jeżeli równocześnie z samych płuc nie dostanie się ropa lub co gorzéj posoka do jamy opłucnowéj.

W kwestyi powstawania odmy piersiowéj samoistnéj, tj. bez nadwerężenia opłucnéj żebrowéj lub płucnéj, autor ze stanowiska teoretycznego przypuszcza podobną możebność, a to analogicznie z powstawaniem ropni wypełnionych gazami w mózgu, stawach, między mięśniami bez śladu komunikacyi z powietrzem zewnętrznêm.

Przechodząc do leczenia odmy piersiowéj podaje autor następujące prawidła, opierając się na gruntownych wywodach teoretycznych, na mnogich spostrzeżeniach, wreszcie na znacznéj liczbie wykonanych rozmaitemi sposobami zabiegów operacyjnych.

1) W przypadkach czystéj odmy piersiowéj lub z małym tylko wysiękiem opłucnowym, żaden zabieg operacyjny nie jest wskazany. Punkcyja w celu wypuszczenia powietrza, jakkolwiek nieszkodliwa, jest bez pożytku, a więc zbyteczna, duszność najlepiéj łagodzi podskórne zastrzyknięcie morfinu.

2) Przy odmie płuc z wysiękiem znacznym, dopóki nie ma *indicatio vitalis*, wypada wyczekiwać wchłonięcia powietrza, w razie zaś, gdyby się takowe za nadto długo przeciągało lub gdy występują groźne objawy, jest wskazana punkcyja i aspiracyja wysięku. Gdyby wysięk pokazał się ropny a miał miejsce u suchotnika, zabieg ten w zupełności wystarcza; zgodnie bowiem z Friedlerem i Fräntzlem uznaje autor ten sposób za mogący suchotnika najdłużéj przy życiu utrzymać, a w razie potrzeby mogący być i parę razy bez szkody powtarzanym, u innych indywiduów w obec wysięku ropnego zaleca wykonać operacyję radykalną przez nacięcie klatki piersiowéj. (*Zeitschrift f. klin. Med. II B. II H.*)

Dr. K. Bossowski.

G. Corradi (we Florencyi). **O zagłobieniu przewłocznêm jelit.**

Zazwyczaj łączy się z pojęciem zagłobienia jelit pojęcie ich niedrożności, zamknięcia; otóż jak to wykazują przypadki opisane przez Clarkego, Gaya, Pollocka, Hutchinsona, Leichtensterna itd. wcale niesłusznie, albowiem Raffinesque zebrał 56 przypadków przewłocznego zagłobienia jelit, które przypadkom ostro przebiegającym przeciwstawić wypada, jakkolwiek ostra zagłoba przejść także może w przewłoczną. Corradi twierdzi, że przewłoczna zagłoba jest nawet częstszą niżeli ostra, albowiem według twierdzenia Raffinesque'a przechodzą przewłoczne zagłobienia w ostre, a wiele pozostaje nierozpoznanych. Aby brak ten wypełnić, stara się C. podać obraz zagłobienia przewłocznego jelit, opisując najsamprzód dwa własne przypadki szczegółowo.

1. Mężczyzna 49 letni, w dobrych żyjący warunkach, przebył dur w 14 roku życia, żółtaczkę w 21 r. życia, zresztą był zdrów. Od 37—43 r. cierpiał na nerwicę żołądka, która co 2—6—12 miesięcy się powtarzała trwając 1—3 godzin, nagle powstając, ustępowała, zmuszając chorego jednak do pozostania w łóżku. Napady występowały kilkakrotnie przez dzień lub co kilka dni. Oddawanie kału regularnie raz na dobę. W r. 1872 przy dosiadaniu konia nagły ból w brzuchu, jednak krótko trwający i bez następstw. W r. 1875 częste bóle w brzuchu, oddawanie kału co 5—6 dni, często z krwią. Pogorszenie wzmagające się, leki przeczyszczające okazały się niezbędnemi, lecz przed skutkiem tychże przez 2—3 dni silne boleści. Przez 8—15 dni krew i śluz. W listopadzie 875 r. wystąpił guz około stolca, pogorszenie i wychudnienie wzmogło się. C. widział wtedy chorego: Barwa żółta, ziemista, spojówka blada, wychudnienie w wysokim stopniu, postawa na prawo, pochylony naprzód; epigastrium zapadłe, brzuch zresztą, zwłaszcza po lewéj stronie, cokolwiek wysadzony. W lewéj zatoce biodrowéj daje się wyczuć obrzęk miękki, nieregularny, nadto kał. Porażenie zdzierecza rzyci, a 3—4 cm. powyżéj tegoż guz wielkości pięści, miękki, w odbytnicy, który po zadaniu leku przeczyszczającego po paru dniach wystąpił na zewnątrz i okazał się jako brodawczak. C. wykonał odjęcie tegoż za pomocą pętli galwanokaustycznéj podwiązawszy poprzednio szypułkę, gdyż nowotwór posiadał tętnice. Zaledwie C. odjął odcięty kawałek 10 cm. długi, gdy pętla uciskająca posunęła się ku górze do kiszki na 30 cm. i pokazało się, że odcięty kawałek był częścią kiszki zagłobionéj. Zostawił zatem C. przewiązkę mimo zatrważających objawów ze strony zamknięcia jelita przez jedynaście godzin. Przy odjęciu pętli uciskającéj odeszły gazy i kał w znacznéj ilości. Wyzdrowienie szybkie, trwające w późne lata.

2. Mężczyzna, 50 letni, przebył dur w 18 r. życia, przepuklinę sieci w 35 r. życia, a do r. 1876 był zdrowym. Nagle po zjedzeniu 1 funta chleba idąc po schodach do góry, uczuł mierny, ale ciągły, ból w podżebrzu. Leżenie w łóżku. Oddał stolec wczas zrana. Oléj kleszczowinowy podany nazajutrz wyrzucił; ciągłe wymioty i zatrzymanie kału, brzuch jednak miękki, ból ustawiczny, trzeciego dnia oddał kał, poczém nastąpiła ulga; następnie powstało rozwolnienie, często krwawe; przed oddaniem kału wzdęcie obu podżebrzy. Stan bezgorączkowy. Wychudnienie w następstwie. Po sześciomiesięcznêm trwaniu tego stanu chorobowego oddał się chory Corradiemu w opiekę: ścisła dyjeta, polepszenie, uleczenie po 18 dniach. Po dwóch tygodniach po zażyciu oleju rącznikowego powrót choroby, przyczém powstało wypadnięcie odbytnicy. Znowu pojawił się chory u C., który znalazł go bladym, wychudłym, brzuch miękki, niewzdęty, po lewéj stronie odporność większa, pod ręką twardniejąca i wyraźniéj występująca, wielkości jaja, nie dająca się dokładnie odgraniczyć. W odbytnicy guz twardawy, trudno dający się dosięgnąć. Badania sposobem Simona nie uskuteczniono. Leczenie: wdmuchiwanie powietrza, najprzód bezskutecznie. Dnia następnego wprowadził C. sondę przełykową w część zagłobioną i wypełnił jelito powyżéj mocno powietrzem, tak, że powstała bębnica znacznego stopnia; tę czynność powtórzył dwukrotnie; po trzeciorazowêm wprowadzeniu powietrza odeszła znaczna ilość gazów i kał w długich wielkich kawałach. Odtąd polepszenie i stanowcze uleczenie.

Co do etyjologii tak przewłocznych jak i ostrych przypadków, to nasze wiadomości są niedostateczne. U dzieci znamy tylko *prolapsus*, zagłobienie z dwiema ścianami jest częste; właściwe zagłobienie jest rzadkiém przed 15 r. życia odtąd do 50 r. zarówno częstêm, późniéj znów rzedszêm zjawiskiem. Dziedziczność, wpływ przebytych chorób jelit, poprzedzające biegunki i zatkania kałowe mogą być uważane za powolne objawy poczynającego się cierpienia. Nowotwory wywierają pewien wpływ; wnętrzaki, urazy, zaziębienia, nadużywania leków przeczyszczających za pewne przyczyny uważać nie można lecz i wykluczyć taksamo.

Objawy: C. podaje różnice między *invaginatio acutissima, acuta, subsacuta, lenta* i *chronica*; głównie jednak tylko: *a)* zamknięcie jelita wskutek zagłobienia albo zagłobienia z zamknięciem; *b)* zagłobienie bez zamknięcia i to

ostatnie może przebiegać ostro, przyostro, przewłocznie itp. Zamknięcie jest tylko powikłaniem. Objawy miejscowe: zazwyczaj ból, najczęściéj nieznaczny, z cechą kolki, przepuszczający; zagłobienie jelita cienkiego sprowadza bardzo często ból większy. Pod względem rozpoznania ważném jest zatrzymanie kału naprzemian z rozwolnieniem, to ostatnie często przy zagłobieniu cienkiego, pierwsze grubego, jelita. Tułów często jest pochylonym, bębnica nie jest konieczną. W połowie przypadków daje się wyczuć w brzuchu obrzęk okrągły (małe) lub owalny (wielkie zagłobienie), konsystencyi zmiennéj a to według skurczenia się i treści. Porażenie zdziergacza rzyci nie jest patognostyczném. Część poprzedzająca jelita daje uczucie szyjki macicy przy badaniu z otworem na bok (z przyczyny pociągania przez *mesenterium*). Badania sposobem Simona C. nie opisuje. Jeżeli *volvulus* jest zapadły, to można odróżnić tamże często kiszkę ślepą, biodrową, zastawkę Bauhina. Cierpienie rozwija się zwolna, pociąga za sobą zawsze wychudnienie, gorączkę tylko przy zapaleniu. Trwanie wynosi 2 miesiące do 4 lat; przeciętnie 1 rok. Cierpienie przechodzi w zamknięcie, zapalenie, najczęściéj jest śmiertelném w skutek wycieńczenia. Uleczenia dobrowolnego nie sprawdzono.

R o z p o z n a n i e: Z 56 przypadków Raffinesque'a rozpoznano tylko 10; rozpoznanie bezpośrednie da się uskutecznić przy wypadnięciu albo obecności w odbytnicy; prawdopodobnie zaś z objawów powyżéj opisanych. Rokowanie jest niepomyślném; z 59 chorych umarło 51, z 8 nastąpiło u 3 dobrowolne wyleczenie, u 2 po usunięciu zagłoby, u 3 za pomocą laparatomii; do tych przybywają 2 przypadki Corradiego uleczone.

L e c z e n i e: Środki odurzające, według wskazania, leki przeczyszczające są szkodliwe, często jednak niezbędne w celu wypróżnienia. Ważniejszém jest leczenie mechaniczne: wdmuchiwanie zalecał już Hippokrates przy zagłobieniu jelit; proszki burzące w oddzielnych rozczynach są niebezpieczne. Lepszemi od wdmuchiwań są wstrzykiwania już to wody już téż oleju. Przeciwskazania do leczenia tym sposobem stanowią: długotrwały stan chorobowy z wytwarzaniem się zrostów, sprawy wrzodzenia, powikłania groźne jak zapalenie otrzewny, płuc, gorączka zakaźna. C. radzi jako stósowne, gdzie można, wejść do zagłobionego miejsca i tam wstrzykiwać wodę lub wdmuchiwać powietrze powyżéj tegoż. Gąbki prasowane, pęcherze nie działają pewnie. Zawsze trzeba mieć laparotomiję na uwadze, jako środek najracyjonalniejszy i najskuteczniejszy, który zwłaszcza w czasach dzisiejszych przestał być strasznym. Nadto zaleca Hutchinson wyciągnięcie z dołu do góry części wgłobionéj. Środki uboczne stanowią: utworzenie rzyci sztucznéj, enterorafija z wycięciem części zagłobionéj; pierwsza stosowaną jest w ostrych zagłobieniach połączonych z zapaleniem. Jeżeli jest wypadnięcie, to poleca C. wycięcie dostatecznego kawałka. Laparotomija wykazuje dotychczas najpomyślniejsze wyniki, tak, że można postawić na równi laparotomiję przy ostréj zagłobie, a herniotomiję przy przewłocznéj, z owaryjotomiją. (*Lo Sperimentale* 1880. Zeszyt 1). *Kra.*

L e b e r: Ślepota przemijająca po długotrwałym kurczu powiek przy zapaleniu pryszczykowém rogówki u małych dzieci.

Prócz przypadku ogłoszonego przez Graefego jeszcze w r. 1855 i dwóch innych, opisanych przez Schirmera w r. 1879, spostrzegał autor dwa przypadki ślepoty przemijającéj, powstałéj po długotrwałym kurczu powiek u dzieci. W jednym z nich dziecko 3 letnie nie otwierało oczu wcale przez siedm przeszło miesięcy, a gdy wreszcie kurcz powiek ustąpił, źrenice oddziaływały wprawdzie na światło, dziecko nie widziało jednak nic, nie chwytało ukazywanych mu przedmiotów i nie wodziło oczyma za światłem, pomimo że wziernik nie wykazał żadnych zmian. Dopiero w dwóch następnych tygodniach wzrok powracał zwolna, tak, iż, o ile sądzić można, stał się wreszcie po trzech tygodniach prawidłowym. W drugim przypadku, dotyczącym dziewczynki, również 3 letniéj, cierpiącéj już od długiego czasu zapalenie pryszczykowe obu rogówek z silnym światłowstrętem i kurczem powiek, ustąpił ten ostatni dopiero po pięciotygodniowém leczeniu pozostawiając ślepotę, która się przez trzy tygodnie utrzymywała, zanim wreszcie po dalszych dwóch tygodniach powrócił wzrok odpowiedni znacznym plamom rogówkowym. Tęczówki oddziaływały i w tym przypadku na podnietę światła. Graefe przypisywał w swoim przypadku ślepotę gwałtownemu uciskowi powiek na gałkę oczną i szkodliwemu wpływowi tego ucisku na krążenie w siatkówce, odwołując się w téj mierze do Dondersa, który wykazał, że ugniatając oko palcem wywołać można zamroczenie pola widzenia. Z tém tłumaczeniem Graefego zgadza się także Schirmer. Leber nie podziela tego zdania, a to z powodu: 1) braku wziernikowych oznak podwyższenia ucisku śródocznego, mianowicie wydrążenia i zaniku n. wzrokowego, bez których nie obeszłoby się po tak długiém trwaniu podwyższenia ucisku w tym stopniu, że, z wyjątkiem oddziaływania źrenic na światło, znikł wszelki ślad wzroku; 2) ze względu na to, że wzrok obniżony przez przeciąg miesięcy do prostego poczucia światła powrócił we wszystkich pięciu przypadkach do stanu prawidłowego, co się nigdy w jaskrze niewydarza, a daléj, że w jaskrze wzrok zaczyna się poprawiać bezpośrednio po obniżeniu ucisku, podczas gdy w tych przypadkach czekać trzeba było całe tygodnie na pojawienie się pierwszych śladów jego powrotu. Przeciw takiemu tłumaczeniu przemawia 3) oddziaływanie źrenic na światło, gdy tymczasem w jaskrze pozbawienie oka zdolności widzenia jakościowego łączy się zawsze z rozszerzeniem i leniwością ruchów źrenic. Nie pozostaje więc zdaniem autora nic innego jak przypisanie ślepoty długotrwałemu zamknięciu oczu, w ciągu którego dzieci oduczają się ich używać. Mamy więc do czynienia z rodzajem obuocznego niedowidzenia z braku ćwiczenia (*Amblyopia ex anopsia*). Przemawia za tém, że wszystkie dzieci były w wieku 2 do 4 lat, w którym jedynie myśleć można o takiém tłumaczeniu, daléj zupełna ślepota, a wreszcie utrzymana zdolność oddziaływania źrenic, wskazująca wyraźnie, że przyczyna ślepoty tkwi w najdalszych ośrodkach nerwu wzrokowego, poza ośrodkiem odruchowym dla źrenic, a więc w korze mózgowéj. Zgadza się z tém brak zmian wziernikowych i możność odzyskania wzroku po kilkomiesięczném trwaniu ślepoty. Zdaniem autora nie wystarcza tutaj jednak samo zamknięcie, a więc bierne tylko wykluczenie oczu, lecz działa zarazem czynne i dowolne, lubo bezwiedne ich wykluczenie. Z powodu nieznośnego światłowstrętu dzieci pomijają i przytłumiają czynnie wrażenia wzrokowe, odwracają od nich uwagę a przyzwyczajają się zwracać ją na wrażenia innych zmysłów, wolne od uczuć przykrych. Po usunięciu światłowstrętu i kurczu dzieci uczą się dopiero na nowo widzieć, podobnie do dzieci ślepo urodzonych, które po operacyi zaćmy uczą się dopiero widzieć i tłumaczyć wrażenia wzrokowe. (*Graefe's Arch. für Ophth.* Tom XXVI Część 2ga). *Prof. Dr. Rydel.*

A. Fournier: **O symulacyi zarażenia wenerycznego u dzieci.**

Dziewczynka 8 letnia oddaną została do szpitala z tém namienieniem, że zgwałconą została przez mężczyznę niemłodego, majętnego, którego już uwięziono. Znaleziono silne zapalenie warg większych z obfitą wydzieliną ropiastą; błona dziewicza, zrazu niewidzialna, później okazała się nietkniętą. Uderzyły badającego dwie okoliczności: raz niestosunek pomiędzy silném zapaleniem a jednorazową, krótkotrwającą napaścią, a powtóre, że dziewczynka opowiadała każdym razem całe zajście jednemi i temi samemi słowami, jakby wyuczona. Przy pomocy łakoci i bawidełek udało się Fournierowi nakłonić dziewczynkę do przyznania prawdy, że własna matka pocierała jéj kilkakrotnie części płciowe za pomocą szczotki od froterowania, co było przyczyną jéj cierpienia, z mężczyzną zaś nigdy nie miała do czynienia. W skutek tego przyznania matka choréj musiała cofnąć skargę a niewinnie posądzony wypuszczony został z Mazas.

F. zna więcéj podobnych przypadków i przyznaje, że odróżnienie zapalenia powstałego skutkiem urazu od zapalenia, będącego następstwem zarażenia, klinicznie jest niepodobném, dlatego sądzi, że zadaniem lekarza jest nastawać na dzieci, aby zeznały prawdę, a jakkolwiek lekarz w takim razie przekracza nieco zakres swój, działanie jego atoli nie może być naganném, bo służy do wykrycia prawdy. *(Annales d'hygiène publ.* 1880, Decbr., p. 498—519).

(W całéj téj obszernéj rozprawie prócz powyższych uwag oraz trafnéj bardzo rady, aby lekarz w takich albo wcale nie wydawał świadectwa, chyba na żądanie władzy, albo ograniczał się do opisu zboczeń spostrzeżonych, nie wdając się wcale w tłumaczenie etyjologii, — rady nadzwyczaj praktycznéj, bo doświadczenie uczy, że matki posługują się takiém świadectwem, aby straszyć ofiary swéj podłości i zmusić je do okupu pieniężnego, — oprócz tych uwag znachodzimy tylko frazesy i omówienie rzeczy wcale nie nowéj, już dawniéj poruszonéj w dziełach sądowolekarskich Caspra-Limana, Hofmanna itd. oraz przez syfilidologów, jak np. przez Paschkisa. Uderza tylko postępowanie sądowe we Francyi, gdy na mocy prostego donosu ze strony pierwszéj lepszéj kobiety obywatel może dostać się do Mazas, zanim śledztwo sądowolekarskie nie potwierdzi prawdziwości doniesienia. U nas podobny fakt sprowadziłby do więzienia skarżącą a nie oskarżonego niewinnie. *Sprawozd). L. B.*

Prof. Maschka: **Otrucie, czy śmierć naturalna? wieńcogłówka w sercu.**

Kobieta lat 45 licząca, żona wyrobnika, matka kilkorga dzieci, na pozór zupełnie zdrowa, d. 29 października 1880 r. rano zjadłszy śniadanie, składające się z kawy i chleba, dostała nagle wymiotów i śród drgawek umarła w ciągu pół godziny. Ponieważ pożycie jéj z mężem nie było wzorowém, powstało podejrzenie, że została przez męża otrutą, i z tego powodu przedsięwzięto sekcyję sądową d. 1 listopada. Nie znaleziono atoli żadnych śladów walki i obrony, żadnych zmian na wargach i w jamie ustnéj, żadnych zboczeń w mózgowiu, płuca nabrzękłe. Natomiast worek sercowy okazał się w zupełności zrośnięty ze sercem; przy brzegu zewnętrznym komórki lewéj znaleziono dwa obrzęki, z których górny sięgał do gałęzi lewéj tętnicy płucowéj i z gałęzią tą był zlepiony; wysokość i szerokość obrzęku tego wynosiła 6 cm., głębokość 4 cm.; do obrzęku tego przylegał drugi, jednak z nim nie spólniczący 6 cm. długi, 5$^1/_2$ cm. szeroki, a 4 cm. głęboki, sięgający do górnego brzegu dolnéj $^1/_3$ części serca. Oba obrzęki okazały w ścianach swych zewnętrznych utkanie włókniaste, ściana wewnętrzna wysłana była błoną białą, warstwową, do białka ściętego podobną, 2 mm. grubą; w błonie téj znaleziono płyn czysty, surowiczy i liczne pęcherze rozmaitéj wielkości, podobnemi błonkami otoczone. Po stronie wewnętrznéj owéj błony, tworzącéj pęcherze, spostrzeżono cienką warstwę białą, w któréj pod mikroskopem znaleziono wielką ilość wieńcogłówek, a w płynie surowiczym nadto resztki haczyków. Komunikacyi z jamą sercową nie było, natomiast w lewéj gałęzi tętnicy płucowéj, w miejscu, gdzie obrzęk górny przylegał, znaleziono otwór wielkości główki od szpilki. Serce było wielkości prawidłowéj, zastawki domykały, mięsień sercowy kruchy, atroficzny i w wysokim stopniu stłuszczony. Wątroba nieco powiększona, zresztą prawidłowa, śledziona nieco powiększona. W żołądku i jelitach nie znaleziono żadnych zboczeń. Wieńcogłówek zresztą w żadnym innym organie nie było. — Na podstawie sekcyi lekarze orzekli, że denatka umarła śmiercią naturalną z porażenia serca skutkiem ubytu i stłuszczenia mięśnia sercowego. *(Prager med. Woch.* 1880, Nr. 50). *L. B.*

Wiadomości pomniejsze.

(D.) H. Morris: O terpentynie z Chios i jéj nieskuteczności w raku. (*The Lancet II* Nr. 22 i 23). Jak powszechnie wiadomo, John Clay zwrócił uwagę świata lekarskiego na niezwykłą skuteczność terpentyny z Chios w raku, osobliwie części płciowych kobiecych, a odmienne podania innych lekarzy tłumaczył użyciem fałszywych przetworów lub dawek niedostatecznych. H. Morris przeto używał tegoż samego przetworu, co i Clay, w tenże sam sposób i przez czas dostateczny, lecz nie widział po nim żadnego wpływu na przebieg choroby. Na podstawie dokładnych i długich postrzeżeń w 12 przypadkach dochodzi przeto ostatecznie do wniosku, że terpentyna z Chios jako środek terapeutyczny przeciw rakowi nie ma najmniejszéj wartości.

Do tegoż samego zdania przyszedł komitet lekarski szpitala Middlesex i postanowił więcéj nie używać terpentyny z Chios przeciw rakowi.

(R.) Petersen: Wysokie cięcie pęcherza. Rękoczyn ten dość rzadko się wykonywa w praktyce chirurgicznéj już to z obawy przed skaleczeniem otrzewnéj, już to, aby chorego nie narażać na niebezpieczeństwa nacieku moczowego. W celu uniknięcia skaleczenia otrzewnéj zaleca autor wysunięcie téjże ku górze a to wypełniając pęcherz i odbytnicę; tego ostatniego dokonywa kolpeurynter wypełniony wodą. Od stopnia wypełnienia pęcherza i odbytnicy zależeć będzie stopień wysunięcia otrzewnéj ku górze. Sposób ten nie może oczywiście mieć wartości tam, gdzie istnieją zrosty między otrzewną a spojeniem łonowém. W razie zastósowania tego sposobu nie natrafia się na otrzewną pomimo stosunkowo dość długiego cięcia. Jeszcze jednę korzyść namienić wypada, a mianowicie tę, że tylna ściana pęcherza wysuwa się ku przodowi, co przy wycinaniu nowotworów na niéj usadowionych, przeprowadzaniu cewnika od strony pęcherza itd., nie małe ma znaczenie. Jeżeliby wystająca tylna ściana stawiała przeszkody przy zakładaniu szwów w przodkowéj ścianie pęcherza, to wypuklenie to upuszczeniem wody z kolpeurynteru usunąć można. Co się tyczy niebezpieczeństwa grożącego ze strony nacieku moczowego, to tego uniknąć można przez

dokładne zespojenie brzegów rany pęcherza przy opatrunku przeciwgnilnym. *(Langenbecks Archiv,* 25 Bd. 4 Hft.)

(R.) Dr. Schäfer: Wyciąg bobu kalabarowego w atonii kiszek. Autor zaleca wyciąg ten w atonii kiszek połączonéj z uporczywém zaparciem żywota i morzyskiem, przytaczając przypadki z praktyki, gdzie u chorych po podaniu tego wyciągu *(Extr. fab. Calabar. 0,05 Glycerini 10,00.* Co 3 godziny po 6 kropli) powyższe przypady w szybkim ustępowały czasie. Lek ten podawał autor wtedy, kiedy inne środki swoiste zawodziły. Działanie fizyjologiczne jego polega na wywołaniu tężcowego skurczu jelit, skutkiem czego treść daléj posuwać się może. Przy miejscowém zastósowaniu rzeczonego przetworu na przewód pokarmowy, skurcz miejscowo tylko powstaje. Na podstawie wyniku tych doświadczeń policzono nawet pierwotnie wyciąg ten do środków przeczyszczających. (*Berl. klin. Woch.* Nr. 51).

(K. B.) Dr. Andeer w Würzburgu stósuje przepłukiwania żołądka 1—3% rozczynem resorcynu w ostrym i przewlekłym nieżycie, jak równie przy wrzodzie przeszywającym żołądka. Obok działania dezinfekcyjnego ma się resorcyn przyczyniać do szybkiéj odnowy utraconego przybłonka w skutek nieżytu; w przypadkach krwotoków z naczyń włosowatych żołądka działa szybko i pewnie jako *stypticum. (Zeitschrift f. klin. Med.)*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcyja lekarska Tow. Przyj. Nauk Pozn.

Posiedzenie z dnia 25go listopada 1880 r.

Przewodniczący w zastępstwie kol. Mateckiego: kol. Kaczorowski.

Po zdaniu sprawy ze stanu kasy sekcyi lekarskiéj z roku 1880 i ustanowieniu porządku dziennego przyszłego Walnego Zebrania, mającego się odbyć w grudniu r. 1880, przystąpiono do dyskusyi nad chorobami obecnie panującemi. Z dyskusyi téj, w któréj brali udział koll. Jarnatowski, Kaczorowski, Wicherkiewicz i Kapuściński, przekonano się, że głównie pojawiały się w ostatnich czasach: zimnica i tyfus powrotny. W jednym z przypadków tyfusu powrotnego nie było oprócz nader silnéj gorączki, obrzmienia śledziony i wątroby żadnych innych objawów i choroba przesiliła się już po 10 dniach.

Następnie skreślił Przewodniczący opis następującego nader interesującego przypadku chorobowego ze swéj praktyki. J. L., 47 lat liczący, nawykły do używania napojów wyskokowych, doświadczał od lat kilku bólów głowy, w ostatnim czasie w tyłogłowiu peryjodycznie odzywających się, nadto skłonności do zaparcia stolca, zostającéj w przyczynowym stosunku do pierwszego cierpienia. Na początku lipca br. badanie nie wykazywało, prócz lekkiego wzdęcia brzucha i nieco słabych tonów serca, żadnych ważniejszych zboczeń w czynnościach ustroju. Mocz, na kóry baczną zwrócono uwagę, nie zawierał białka. Wysłany na kuracyję do Kisięgi zapadł chory, po dwóch tygodniach pomyślnego powodzenia, na tak gwałtowny powrót bólów głowy, że zniewolony był zaprzestać dalszego używania wód. Uważając także wówczas coraz większe osłabienie wzroku udał się do kol. Wicherkiewicza, który w lewém oku skonstatował zapalenie, w prawém zaś przekrwienie nerwu wzrokowego. I teraz nie znaleziono białka w moczu. Po dwutygodniowym pobycie w klinice popadł chory nagle, skarżąc się poprzednio na coraz bardziéj wzrastający ból potyliczny, w stan majaczenia połączony z wymiotami tak że dnia 21 sierpnia br. umieścić go wypadło u Szarytek. Tu się przedstawił stan następujący: Budowa silna, znaczna podściółka tłuszczowa, twarz zarumieniona, oczy lśniące o równych dobrze oddziaływających źrenicach. Chory niespokojnie rzuca się na posłaniu, mało przytomny, odpowiada na zagadnienia po polsku wyrzeczone mało do rzeczy po niemiecku, zwraca ustawicznie wszystko co do żołądka przyjmuje, brzuch nieco ściśnięty, stolec od dwóch dni zaparty mimo zadanych środków rozwalniających, tętno niskie około 100 na minutę, oddechów około 30, ciepłota niżéj 38,0°, mocz ciemnożółtawy, ciężki, po zagotowaniu z kwasem saletrowym osadza białka około 6tą część w epruwetce Kol. Kaczorowski zalecił trzykrotne na dobę zastrzykiwania morfinu, kwas będźwinowy i olejek rącznikowy. Po osiągniętych nareszcie dnia trzeciego obfitych wypróznieniach stolcowych ustały wymioty, chory się uspokoił, ale wciąż jeszcze bredził, mylnie tłumacząc i swoje i swojego otoczenia położenie. Dnia 31 sierpnia zastrzyknięto mu pod skórę 0,02 chlorku pilokarpinu. poczém obfity nastąpił ślinotok i obfitsze jeszcze poty. Nazajutrz odzyskał chory zupełną przytomność, a w 24 godzin późniéj białkomocz, zmieniający się od dwóch dni, zupełnie ustał. Kol. Kaczorowski przypuszczając w tym przypadku zapalenie nerek międzymiąższowe *ex abusu alcohol.*, tém bardziéj, że i wątroba w rozmiarach swoich zdawała się trochę zmniejszoną. przepisał dyjetę wyłącznie mleczną, a nadto mierną kuracyję cytrynową (3—4 cytryn na dobę). Chory odzyskując szybko, przy dobrém łaknieniu, siły, zaczął już wychodzić na miasto, gdy dnia 6 września pod wieczór, wielkiego znów doświadczył niepokoju i bólu głowy. Pomimo kilku łyżek olejku rącznikowego nastało zaparcie stolca, który utrzymywano w porządku przy pomocy palonéj magnezyi. Nazajutrz pojawiły się uporczywe wymioty, przytomność przyćmiona, chory nie wie dokładnie, gdzie się znajduje, odpowiada znów po niemiecku, a w moczu coraz więcéj białka. Zwolna jednak, przy codziennem za pomocą olejku rącznikowego przeczyszczaniu, wszystkie czynności powracają do prawidłowego stanu, białkomocz stopniowo zmniejszając się 7go dnia po owym ponownym napadzie znika i pacyjent znów czuje się zupełnie zdrowym i dopomina się mięsnych pokarmów, których mu obok mleka raz na dzień dozwolono. Po 10 dniach pozornego zdrowia przychodzi trzeci, ale daleko gwałtowniejszy, napad trwający 7 dni, podczas którego ilość białka prawie połowę treści epruwetki wynosiła. Kol. Kaczorowski namienia, że niedomaganie wzroku po każdorazowym napadzie coraz to bardziéj postępowało tak dalece, że po trzecim chory zaledwie jeszcze na stopę palce rozpoznawał. Kol. Wicherkiewicz, który przez cały przeciąg choroby śledził stan oczu, stwierdził coraz większy postęp zapalenia siatkówki na obu oczach z charakterem właściwym zwyrodnieniu białkomoczowemu. Dnia 6 października nastąpił czwarty napad, trwający znów tydzień, po nim znów, wyjąwszy słabość wzroku, stan na pozór zupełnie prawidłowy. Dnia 24 października piąty i ostatni napad, z którego się chory już nie dźwignął popadłszy ostatecznie w ciężkie konanie, które, pod koniec śród objawów porażenia ośrodka oddechowego, dnia 8 listopada śmiercią się zakończyło. Przy utrudnionych nieco oględzinach znalazł kol. Kaczorowski następujące ważniejsze zmiany: Czaszka nader miękka przy piłowaniu, blaszki szkliste cienkie, twarda opona bardzo zgrubiała, wcale nieprzejrzysta, miejscami żółtawo zabarwiona. Wielkie półkule mózgu napięte o zakrętach zupełnie zrównanych, na przekroju miąższ mózgowy dość suchy, wszędzie mocno przekrwiony; na podstawie mózgu wszystkie tętnice, mianowicie zasadowa (*basilaris*), zwyrodnione miażdżycą, nerwy wzrokowe stwardniałe. Lewa komórka sercowa znacznie przerosła, po nad zastawkami półksiężycowemi miażdżycowe wybujałości na wewnętrznéj ścianie głównéj tętnicy. Wątroba zmniejszona, trochę twarda na przekroju, lewy zraz ku brzegowi coraz bardziéj zwężający się. Nerki średniéj wielkości, o powierzchni zrazikowéj, torebka dość łatwo się oddziela, istota korowa szarawo, ostrosłupowa czerwono zabarwiona.—Jakkolwiek niedokładne oględziny pozwalają jednakże kol. Kaczorowskiemu tyle wywnioskować, że w całéj téj sprawie chorobowéj najprzód wytworzyło się, pod wpływem nadmiernego używania napojów wyskokowych, zwyrodnienie tętnic mózgowych, następnie głównéj tętnicy, co zaś za sobą pociągnęło przerost lewéj komórki sercowéj. Zapewne powoli skutkiem téj saméj szkodliwości wywiązało się międzymiąższowe zapalenie wątroby i nerek. Rzadkie w swoim rodzaju peryjodyczne nasilenia zajęcia nerkowego wytłumaczyćby sobie można, podług kol. Kaczorowskiego, nagle powstałemi zakrzepami w tętniczkach nerkowych również miażdżycowo zwyrodniałych, a każdorazowe napady mocznicowe, towarzyszące tym nasileniom, spotęgowaném podnieceniem przez wstrzymane we krwi istoty odbytowe mózgu, upośledzonego już znacznie w swém odżywieniu skutkiem wzmiankowanego zwyrodnienia tętnic.

Następnie wspomina Sekretarz o publikacyi dziełka Dra Rigauera pt.: *Die Diphtherie und ihre Behandlung durch das kalte Nasenbad. Leipzig 1880*, str. 98, w któréj autor twierdzi, że ciężkie nawet przypadki dyfteryi udało mu się wyleczyć przez wlewanie zimnéj wody łyżką stołową w dziurki od nosa! Woda w ten sposób wlewana działać ma podług autora antiseptycznie, ma wywoływać zwężenie światła naczyń i pośrednie przez to zwiększenie resorpcyi i wreszcie zmniejsza stagnacyję jadu dyfterytycznego. Wstrzykiwanie zimnéj wody strzykawką nosową nie działa podług Dra Rigauera tak dobrze i skutecznie, gdyż w tym razie ściąga się *m. constrictor pharyng. med.*, przez co płyn na miejsce przeznaczenia dojść nie może.

Po krótkiéj w téj kwestyi dyskusyi, w któréj zabierali głos koll. Kaczorowski, Jarnatowski i Wicherkiewicz, posiedzenie zamknięto. Sekretarz *Dr. Święcicki.*

Protokół 1go posiedzenia Rady zawiadowczéj Tow. lek. galic

z dnia 8 października 1880.

Przewodniczący Dr. Biesiadecki. Obecni: Dr. Hoszard, Dr. Rieger, Dr. Głowacki, Dr. Rożański i Dr. Merunowicz.

1) Sekretarz zawiadamia, że c. k. Namiestnictwo zatwierdziło statut zmieniony na ostatniém Walném Zgromadzeniu i że w skutek tego Prezydyjum Rady zawiad. zawezwało pismem z dnia 11 sierpnia 1880 Towarzystwo lek. krak. do rychłego przedłożenia swego zmienionego statutu do zatwierdzenia władzy.

2) Odczytano list Dra Warschauera Prezesa Tow. lek. krak. jako odpowiedź na powyzsze pismo, w którém oznajmia, iż zmiana statutu jedynie na dorocznêm administracyjném posiedzeniu Towarzystwa może być dokonaną.

3) Odmówiono prośbie p. A. K., wdowie po lekarzu, o nadanie jéj pensyi lub zapomogi, z téj przyczyny, iż śp. mąż jéj nie był członkiem naszego Towarzystwa.

4) Odczytano list Dra Gładyszowskiego oznajmiający, iż w dniu 26 lipca 1880 r. zawiązała się sekcyja Towarzystwa w Tarnopolu.

5) Przewodniczący zawiadomił, że dla braku kompletu nie mógł w miesiącu lipcu br. zebrać posiedzenia Rady zawiadowczéj dla narady w sprawie wiecu Związku Towarzystw lekarskich rakuskich, że jednak w porozumieniu z kilkoma obecnymi we Lwowie kolegami upoważnił sekretarza jeneralnego do reprezentowania Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego na tym wiecu. Na wniosek kol. Rożańskiego uchwalono pokryć część kosztów podróży delegata w kwocie złr. 40 w. a. z funduszów Towarzystwa.

6) Sekretarz odczytał pismo c. k. Namiestnictwa w sprawie wydać się mających zarządzeń w celu zapobieżenia nadużyciom z receptami w aptekach, oraz zawiadomił, iż pismo to przesłaném będzie wszystkim sekcyjom Towarzystwa do zaopinijowania.

7) Sekretarz odczytał pismo c. k. Namiestnictwa l. 47639 z zapytaniem, czy Towarzystwo nasze obejmie pod pewnemi warunkami zarząd majątków byłych gremijów chirurgicznych. Po dłuższéj dyskusyi zgodzono się w zasadzie, iż Rada zawiadowcza oświadczy c. k. Namiestnictwu swą gotowość do objęcia zarządu funduszu byłych gremijów chirurgicznych. Prezydyjum Rady zawiadowczéj zostało upoważnioném do zformułowania odpowiedniego oświadczenia.

Na tém zakończono posiedzenie.

Protokół ten został odczytany i przyjęty na posiedzeniu 2giém dnia 22 grudnia 1880. *Dr. Merunowicz.* sekretarz.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie XVI zwyczajne z dnia 17 listopada 1880.

Przewodniczący kol. Warschauer. Członków obecnych 29.

1. Po odczytaniu i przyjęciu protokółu z ostatniego posiedzenia kol. Zarewicz jako sprawozdawca komisyi wybranéj przez komitet Towarzystwa dla rozpatrzenia sprawy usunięcia nadużyć z receptami odczytał referat i wnioski mające być przesłane Namiestnictwu, a których treść jest następująca:

Komisyja uważa za odpowiednie wzbronienie dowolnego powtarzania recept przez pacyjentów, w razie zaś konieczności powtórzenia powinna ona być wyrażona na recepcie.

Kopijowanie recept, zdaniem komisyi, powinno być dozwoloném, lecz na kopije lekarstwo nie powinno być wydawane.

Komisyja uważa za zbyteczne przepisywanie lekarstw na blankietach recept zaopatrzonych w nagłówki, na których prócz uzdolnienia lekarza miałoby być wyrażone miejsce jego zamieszkania, natomiast proponuje Komisyja zaprowadzenie po aptekach obowiązkowych spisów lekarzy, również nie uważa Komisyja za stosowne wypisywanie nazwiska chorego, gdy pominąwszy tę okoliczność. iż tak lekarz jak i aptekarz obowiązani są zachować tajemnicę, mógłby nadto być lekarz przez pacyjenta, w razie gdy tenże jest mu nieznanym, umyślnie w błąd wprowadzonym, co chybia wówczas zamierzonego celu. Komisya uznaje za właściwe i stosowne, aby podpis lekarza był czytelnym i by lekarz posługiwał się nomenklaturą w Farmakopei austryjackiéj przyjętą, a prócz tego aby na każdéj recepcie obok stampili odnośnéj apteki i wyrazu „wydano“ znachodziło się czytelnie wypisane nazwisko wydającego przepisany lek.

Referat komisyi bez dyskusyi przyjęto.

2. Kol. Domański imieniem Komisyi redakcyjnéj wnosi: aby Komisyję redakcyjną upoważniono do przekroczenia w rb. objętości Przeglądu Lekarskiego, ponieważ jeżeli wydawnictwo ma iść w zwykłym toku bez uszczerbku dla reputacyi dziennika i dla prenumeratorów, koniecznie do końca roku o 3 arkusze preliminowaną objętość 78 arkuszy powiększyć wypadnie. Po zapytaniu kol. prof. Rydla, ile koszta tego przekroczenia wynosić będą i po ocenieniu tego przez kol. Grabowskiego w przybliżeniu na 100 złr., wniosek przyjęto.

3. Kol. Adamkiewicz odczytał rzecz: O czynnościach obustronnych. (Odczyt był zamieszczonym w Przeglądzie Lekarskim).

4. Kol. Pisek okazał dwa mózgi, w których znaleziono przy sekcyi nowotwory zwane perlakami (*cholesteomata*) i objaśnił je odczytem. *Dr. Wasylewski.*

V. Prawo o broczeniu krwi.

Przyczynek do historyi medycyny sądowéj.

W dziele o medycynie sądowéj, napisaném przez Gromowa po rosyjsku, a przełożoném na język polski przez Buczyńskiego (Warszawa 1837) znachodzimy wzmiankę (str. 11) o średniowiecznym sposobie dochodzenia zbrodni, polegającym na t. zw. sądach bożych, przyczém autor w przypisku dodaje, a tłumacz za nim tłumaczy dosłownie co następuje: „Tu wypada także policzyć i ten niedorzeczny sąd Feretreusza czyli Sandapilaka sądem (jus Feretri s. Sandapilac-Baarrecht) zwany, wedle którego ciało człowieka gwałtownie zadaną śmiercią zmarłego winno było krew z siebie wydać w obec zabójcy, szczególniéj jeżeli zabójca dotknie się swojéj ofiary.“

Pomimo należytego poglądu na rzecz samą, tak autor jak i tłumacz jego stali się ofiarą mistyfikacyi ze strony zecera jakiegoś zagranicznego, który wydrukowawszy mylnie Sandapilac zamiast Sandapilae stał się powodem, że autor rosyjski i tłumacz jego polski wzięli wyraz czysty łaciński za nazwisko francuskie; tym sposobem powstał ustawodawca zapewne francuski Sandapilac, nazwiskiem swojém przypominający filozofa Condillaca, a dla towarzystwa dodano mu czystéj krwi Rzymianina Feretrusa, czyli jak go tłumacz polski zwie, Feretreusza.

Rzecz atoli dziwna, że ani autor ani tłumacz nie poznali się na prostéj omylce drukarskiéj, pomimo, że sami sąd ów nazywając niedorzecznym odnoszą go słusznie do starożytnego, a raczéj zwyczajem upoważnionego obrzędu

dochodzenia prawdy; rzecz dziwniejsza jeszcze, że nie znali znaczenia owych dwóch wyrazów.

Wiadomo, że pogrzeby u Rzymian były okazałemi; mieli Rzymianie swoje *pompes funèbres*, jak my, od nich nawet zapożyczyliśmy nazwę samą (*pompa*). Po fletnistach, płaczkach, komedyjantach, których prowadził mistrz ceremonii (*designator*), nastąpił właściwy orszak pogrzebowy (*funus*); łoże śmiertelne ze złota lub kości słoniowej pokryte kobiercami drogiemi spoczywało na noszach (*feretrum*), dźwiganych przez krewnych najbliższych, przez niewolników zmarłego, a nawet przez senatorów, jeżeli zmarły był mężem zasłużonym; biedniejszych zaś eksportowano w nocy w trumnie czyli lektyce (*sandapila*), którą nosili podrzędni tragarze (*vespillones*).

Ius feretri s. sandapilae znaczy więc tyle, co prawo o noszach lub o marach, na których eksportowano i za czasów germańskich zmarłych już to zamożniejszych, już też to biedniejszych, podczas gdy nazwa *jus cruentationis* odnosi sie do broczenia krwi z ran człowieka w sposób gwałtowny zmarłego.

Mianowski w polskiém tłumaczeniu medycyny sądowéj Metzgera podaje za Libawijuszem, że niejaki ślad tego prawa odkryć można w 5téj księdze Mojżesza. Otóż w księdze téj, rozdziale 21 (a nie 5tym, jak podaje Mianowski) jest powiedzianém, że gdyby znaleziono zabitego, a sprawca byłby nieznany, natedy starsi miasta okolicznego wezmą jałowicę, utną jéj szyję, przystąpią do zabitego, omyją sobie ręce swe nad jałowicą i rzeką: Ręce nasze téj krwi nie wylały, ani oczy nie widziały. — Nie wchodzimy w znaczenie tego aktu, który pojąć można jako symboliczną ekspijacyję okolicy i mieszkańców, ale trudno dopatrzyć się jakiego związku pomiędzy nim a późniejszém t. zw. prawem o broczeniu krwi.

Prawo to przeciwnie powstało na tle germańsko-średniowiecznêm, jest ono wynikiem dążności wyświecenia prawdy przez interwencyję Boga samego, a więc w sposób cudowny, a środkiem do sprowadzenia téj interwencyi nieomylnéj, owego oświadczenia się Boga za stroną sprawiedliwą a przeciw winnéj, miały być rozmaite próby, które w wiekach średnich a nawet aż do czasów nowszych były praktykowane. Do tych prób, zwanych sądami bożemi, należą: próba pojedynku sądowego, próba krzyża, próba ogniowa i wodna itd.,—tu należy także próba krwi. W podobny sposób po dziś dzień ludy dzikie na zachodniém wybrzeżu Afryki dochodzą prawdy przeciwko kobietom o czary obwinionym, zmuszając je do połykania nasion rośliny Eséré, a wystąpienie lub nie wystąpienie wymiotów decyduje o winie; wiadomo zaś, że temu przesądowi zawdzięczamy od r. 1863 znajomość skutecznéj w terapii ocznéj rośliny zwanéj Kalabarem (od okolicy starego-Kalabaru) i jego alkaloidu, ezerynu.

Prawo o broczeniu krwi nie było więc nadaném przez żadnego ustawodawcę, lecz było prawem zwyczajowém, sięgającém zmierzchłéj przeszłości ludów germańskich, tak jak inne na téj zasadzie opierające się próby. Ze wszystkich tych prób utrzymała się najdłużéj próba pławienia czarownic, polegająca niby na fakcie, że ciężar gatunkowy czarownic jest znacznie lżejszy od ciężaru wody. Jeszcze bowiem w r. 1728 w Szegedynie pławiono 13 kobiet posądzonych o czary, a wszystkie utrzymywały się nad zwierciadłem wody, co ważniejsza najsilniejsza z nich ważyła zaledwie 2 łuty (Bernt: (*Beyträge zur gerichtl. Arzneykunde*, *Wien* 1822, Tom VI, str. 157). Cóż dziwnego, że w obec takich przesądów i próba broczenia krwi mogła mieć powodzenie przez czas długi?

Czacki (O litewskich i polskich prawach. T. II) podaje, że poeci północni często wspominają o znakach krwi, pokazującéj się na broni zostawionéj w domach przez walczących w wojnie rycerzów, kiedy w boju zostali zabitymi. Miałożby wyobrażenie to pozostawać w związku z próbą, o któréj mowa? Lecz mniejsza o jéj powstanie, dosyć, że istniała, a znaną nawet była i w Polsce, dokąd z Niemiec się dostała. Czacki podaje, że czytał kilka dekretów wydanych przez magistraty mniejszych miast, w których ten dowód przekonywający zabójcę był umieszczony; nadto wspomina, że Dębołęcki z Konojad, sławny z dziwacznych urojeń pisarz, w kazaniach 1619 r. drukowanych przyznaje poważnie ten dowód: „Ażasz same trupy nie puszczają krwi, gdy „zabóyca się przybliży, a ieszcze hultay prze się grzechu.“ W podobny całkiem sposób wyraża się nasz Julijusz w tragiedyi swéj „Beatryx Cenci“ (II, 3).

W pochodzie trupa jakieś zamieszanie —

— — — — —

Co to za zgiełki? żona z krzesła spada!
Krew się rzuciła z trupa. —
Zabójców w tłumie trup sam wyszukuje.

Jak zaś ojczyzną prawa o broczeniu krwi były Niemcy, tak też w Niemczech najbardziéj i najdłużéj prawa tego przestrzegano. Pierwsi pisarze sądowolekarscy: Paré, Condronchi i Fidelis wcale o niém nie wspominają a Zacchiasz poświęca mu wprawdzie osobny rozdział, ale, jak zobaczymy później, nie bardzo wierzy w jego słuszność i skuteczność, nadto z obszernego wywodu jego nie wynika wcale, aby przepis ten był wykonywany we Włoszech, — przeciwnie wchodząc w szczegóły wykonywania onego powiada wyraźnie, że mówi o zwyczaju niemieckim (*„in Germania ferunt id moris esse“*), dodając, że mówił mu o tém wszystkiém Jan Faber Lynceus, który sam był Niemcem i swojskie zwyczaje bardzo dobrze znał (*qui et ipse Germanus erat et patrios mores optime callebat,* Mende mylnie tłumaczy: znał bardzo dobrze rycerzy niemieckich). Co większa, w rozmaitych okolicach Niemiec rozmaite weszły w zwyczaj formalności przy wykonywaniu próby. Tak np. w Kliwii oskarżyciel przystępując do próby wydawał okrzyk, zwany Wappengeschrey; w Dortmundzie liktor szablą obnażoną trzy razy uderzył mary wydając jęki; w Bremie po przemowie sędziego herold zwany Blutschreyer szablą uderzył trumnę wygłaszając formułkę pewną.

Z postępem czasu zwyczaj ten zamiast ustąpić przed oświatą, w niektórych krajach niemieckich przeciwnie zamieniony został w ustawę. Tak np. ustawa krajowa hesko-darmstadska z r. 1639 przepisuje: „Jeżeli sprawca nie jest znany, pewne osoby jednak są podejrzane, należy je prowadzić do zwłok zabitego i kazać im dotknąć się trupa w sposób zwykły“. W kilka lat późniéj wydział prawa w Tübindze miał sobie przesłane akta karne w sprawie o morderstwo, w któréj dochodzenie przeciw czterem podejrzanym odbyło się na podstawie próby broczenia krwi, a próba sama z nużącą dokładnością jest opisana. W r. 1649 wydział prawa w Frankfurcie n/O otrzymał akta w sprawie dzieciobójstwa, w któréj dwie kobiety podejrzane były o zbrodnię. Jedna z nich przystąpiła do małego trupa, dotknęła się go i rzekła: „Jeżeli jestem winną śmierci twéj, niechaj Bóg tobie da znak“, dopiero gdy druga się zbliżyła, twarz dziecka, które poprzednio przez kilka dni leżało w ziemi, zaczerwieniła się

a z kątów ocznych wystąpiła krew, poczém kobieta ta natychmiast do winy się przyznała.

Dopiero w 18 wieku rozpoczyna się skuteczna reakcyja przeciw téj próbie niedorzecznéj, a około roku 1750 już śladu o niéj w Niemczech nie znachodzimy.

(Dokończenie nastąpi).

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

C. k. kraj. Rada zdrowia we Lwowie. Na posiedzeniu dnia 7 grudnia 1880 uchwalono na zapytanie c. k. Namiestnictwa z dnia 25 września br. l. 48502 odpowiedzieć, iż grunt wybrany na cmentarz izraelicki w Jaśle, pod względem sanitarnym nie jest na ten cel odpowiednim.—Uchwalono oświadczyć się za nadaniem zezwolenia na otwarcie aptek publicznych w Kulikowie w powiecie żółkiewskim, oraz w Kozłowie w powiecie brzeżańskim; natomiast nie uznano potrzeby nowéj apteki publicznéj w Probużny w powiecie husiatyńskim.

* Badanie sądowo-lekarskie a oprawa Listra. Czytelnicy nasi przypomną sobie rozprawę Nussbauma w tym przedmiocie, omówioną w roku przeszłym przez nas w Przeglądzie. Sprawa ta traktowana wówczas akademicznie, już stała się przedmiotem sprzeczki pomiędzy lekarzem sądowym a szpitalnym w Ingolstadt w Bawaryi, sprzeczki, któréj przeciwnicy już kilkakrotnie dali wyraz w *Friedreichs Bl. f. ger. Med.* Lekarz sądowy, w nieobecności szpitalnego, zdjął oprawę Listrowską, założoną z powodu powierzchownych zranień głowy, a lekarz szpitalny nadszedłszy czynił sądowemu wyrzuty w sposób niebardzo grzeczny, za co późniéj otrzymał surową naganę od władzy rządowéj. Obie strony miały niesluszność, i dziwić się tylko należy, że redakcyja czasopisma poważnego pozwoliła sprawie więcéj osobistéj przybrać rozmiary tak znaczne. Stanęli do walki z jednéj strony młody lekarz szpitalny, przysięgający ślepo na naukę Nussbauma, a z drugiéj strony stary praktyk, który nie pojmuje, na co w prostym przypadku obrażenia powłok czaszkowych u wieśniaka, który nawet w szpitalu pozostać niechciał, potrzebny taki przyrząd skomplikowany i taka przesadna ostrożność. Spór ten utwierdza nas tém mocniéj w przekonaniu, wypowiedzianém w roku przeszłym, że nauka Nussbauma trąci przesadą i dla tego do praktyki sądowo-lekarskiéj chyba tylko w małéj części da się zastosować.

□ Francuskie Towarzystwo higijeniczne, na ostatniém swém posiedzeniu, powzięło uchwalę, iż byłoby rzeczą bardzo pożądaną, aby zbudowano kanał od Paryża aż do morza, a to aby uwolnić okolice od nieczystości kanałowych, a kanał ten winien odprowadzać wszystkie nieczystości stolicy. (*The Lancet*).

Statystyka epidemij. W tygodniu 49 (do 4 grudnia) ospa rozszerzyła się w Londynie. Leczyło się w szpitalach 227, umarło 19. W Paryżu umarło 18, leczyło się w szpitalach 136. W Wiedniu umarło 14, w Maladze 6, w Rzymie 33, w Madrycie 28. Płonica bardziéj się rozszerzyła w Pradze, Stokholmie i Londynie. Dur osutkowy pojawia się sporadycznie we wszystkich większych miastach. W Krakowie umarło w tygodniu 50 (do 11 grudnia): 2 z ospy, 1 z płonicy, 1 z dławca a doniesiono w tymże czasie: o 2 przypadkach ospy, 1 ospy wietrznéj, 4 odry, 9 płonicy, 3 krztuśca, 3 błonicy i 2 róży.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 49 umarło na 1000 mieszkańców i na rok w Krakowie 23,7; we Lwowie 33,4; w Warszawie 19,4; w Poznaniu 26,1; w Wiedniu 23,3; w Budapeszcie 27,2; w Pradze 31,7; w Berlinie 22,6; w Wrocławiu 33,5; w Dreźnie 21,2; w Lipsku 15,2; w Gdańsku 20,9; w Genewie 29,4; w Amsterdamie 22,5; w Hadze 22,2; w Paryżu 23.2; w Londynie 21,7; w Kopenhadze 25,0; w Stokholmie 28,7; w Chrystyjanii 17,4; w Petersburgu 33,5; w Odesie 36,9; w Rzymie 30,6; w Wenecyi 21,1; w Bukareszcie 22,6; w Madrycie 37,3; w Barcelonie 25,1; w Aleksandryi 51,3; w Nowym Yorku 23,4; w Bombayu 28,6; w Madrasie 34,5.

J. B.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 29 grudnia. W roku ubiegłym nauki lekarskie straciły wielu znakomitych pracowników, a ludzkość cierpiąca wielu znanych opiekunów i dobrodziejów. Ze znakomitości pierwszorzędnych przypominamy śmierć sędziwego chemika fizyjologicznego Muldera i młodego, już wielce zasłużonego, a jeszcze więcéj rokującego Bolla, śmierć Hebry i Broki, Buhla i Taylora. Najwięcéj stósunkowo umarło w r. 1880 chirurgów, jakoto: Bumstead, Copeman, Delpech, Dumreicher, Fairbark, Guépin, Hancock, Martini, Marzolo, Pagenstecher, Patruban, Rizzoli, Textor, Wilms, Zsigmondy; z kolei następują klinicyści: Budd, Corrigan, Hodann, Lemaire, Lewitski, Löbel, Neupauer, Ringseis, Seaton, Séguin, Vogel; farmakologowie: Buchheim, Cervantes, Falck, Heintz, Phöbus, Waller; anatomowie: Auzoux, Sharpey i nasz Kozubowski, balneolog Wetzlar, psychijatryk Flemming. Z lekarzy rodaków zmarli: Beiser, Bendowski, Chorain, Fonberg, Friedberg, Jagielski, Kolischer, Kremer, Kurcjusz, Lachowicz, Linhart, Markusfeld, Mokrzycki, Ohrenstein, Pełczyński, Piramowicz, Przyborowski, Rappoport, Szulakowski, Szydłowski, Thugutt, Voigt, Żyliński. Żegnając zmarłych pracowników podnieść musimy raz jeszcze dotkliwą stratę, jaką ponieśliśmy w roku upłynionym przez śmierć tak zacnego i niestrudzonego kolegi, jakim był Dr. Aleksander Kremer, oraz rzadkiego w naszych czasach filantropa Dra Mojżesza Beisera. Cześć i wdzięczne uznanie ich pamięci; zasłużyli oni się dobrze ludzkości i zawodowi lekarskiemu!

* Na posiedzeniu Sejmu galicyjskiego z d. 13 lipca rb. (p. Nr. 29—33 Przegl. Lek.) przyjęto wnioski prezesa Majera, dotyczące stosunku klinik lekarskich do szpitala św. Łazarza, a w szczególności uchwalono: „Upoważnia się Wydział krajowy, ażeby część gruntu, będącego własnością szpitala św. Łazarza w Krakowie, około jednego morga wynosić mogącą, odstąpił bezpłatnie pod dwa pawilony kliniczne, kosztem Rządu wystawić się mające.“ Wiadomo zaś, że Ministerstwo przyrzekło wystawić 2 pawilony dla klinik kosztem skarbu państwa, wynieść mogącym około 150,000 złr.; zrobiło to zaś zależném od dwóch warunków: żeby Wydział krajowy odstąpił pod tę budowę bezpłatnie część gruntu szpitalnego i przyczynił się do niéj choćby skromnym datkiem. Otóż jako ekwiwalent wymaganego przez Rząd zasiłku na budowę klinik Wydział krajowy uchwalił odstąpić od żądania opłaty czynszowéj za umieszczenie kliniki chorób skórnych i syfilitycznych w szpitalu św. Łazarza. Zdawało się więc, że cała sprawa, tak ważna, postąpi teraz prędko naprzód, a przedewszystkiém spodziewaliśmy się, że ją poruszy na pierwszém posiedzeniu po wakacyjach Wydział lekarski, jako najbardziéj interesowany. Tymczasem nie słyszeliśmy, aby Wydział lekarski do téj chwili sprawę tę sobie i Rządowi przypomniał, a trudno przypuścić, aby Rząd, w obec kłopotów finansowych, sam od siebie zawezwał Wydział do przedłożenia wniosków. W budżecie na r. 1881 nie umieścił téż Rząd pozycyi dotyczącéj klinik krakowskich, a więc r. 1881 jest już pod tym względem stracony. Czyby nie wypadało, aby Wydział lekarski choć po Nowym Roku zajął się tą sprawą, aby umożebnić przynajmniéj umieszczenie pozycyi w budżecie na r. 1882?

* Doszedł nas Nr. 24 *Kroniki Lekarskiéj* z dnia 1 grudnia (a otrzymaliśmy go 23 grudnia). *Kronika* wychodzić będzie i w roku przyszłym jednak pod zmienioną redakcyją; z dotychczasowych redaktorów wystąpiło pięciu: Gajkiewicz, Hering, Matlakowski, Mayzel i Nussbaum, a w ich miejsce wstąpiło dwóch: Bauerertz i Filipowicz. — Co do nas prosilibyśmy tylko o regularniejsze przysyłanie numerów, Czasopisma obce, które otrzymujemy w zamian, dochodzą nas z punktualnością zwykłą; radzibyśmy więc i na warszawskie nie wyczekiwać po kilka tygodni lub miesięcy, a że temu nie winna poczta warszawska, dowodzi okoliczność, że *Medycynę* zawsze punktualnie otrzymujemy.

* We środę d. 5 stycznia odbędzie się posiedzenie doroczne Tow. lek. krak., na którém odbędą się wybory na rok 1881.

* W skutek rekursu gminy wiedeńskiéj Ministeryjum spraw wewn. orzekło, że o posadę lekarzy miejskich we Wiedniu ubiegać się mogą tylko egzaminowani fizycy.

* Zwracamy uwagę na odezwę Tow. Lek. Gal. poniżéj umieszczoną.

* **Warszawa**. Na posiedzeniu z dnia 21 grudnia Towarzystwo lekarskie wybrało komitet z 12 członków złożony, mający opracować zasady etyki lekarskiéj.

* **Zurych.** W miejsce Rosego, który przeniósł się do Berlina, Wydział lek. proponował na opróżnioną katedrę chirurgii 4 kandydatów, a mianowicie: Königa, Maassa, Trendelenburga i Krönleina. Mianowany zostanie zapewnie Krönlein, ponieważ trzéj pierwsi posady w Zurychu nie przyjmą.

* **Heidelberg.** Prof. Lange usunął się z katedry swéj z powodu wieku sędziwego. Następcą jego ma zostać prof. Kehrer z Giessen.

* **Mianowania i odznaczenia.** Dr. A. Rothe w Warszawie otrzymał order św. Anny 2giéj kl. — Prof. Bamberger we Wiedniu otrzymał tytuł i charakter radzcy dworu (dotychczas Bamberger miał podobny tytuł bawarski).

* **Nekrologija.** W Hanowerze umarł starszy radzca lekarski Dr. Gustaw Brandes. — W Londynie umarł Dr. Frank Buckland, lekarz gwardyi królewskiéj, słynny przyrodnik, w 54 roku życia.

W chwili zamknięcia tygodnika otrzymaliśmy zasmucającą wiadomość o śmierci Dr. Maksymilijana Karcza we Lwowie, współpracownika naszego, którego sprawozdanie ostatnie Czytelnicy znajdą w numerze dzisiejszym. Umarł on d. 28 grudnia, a pogrzeb odbył się d. 30. Na teraz nie możemy przytoczyć innych szczegółów, zapewne któryś z kolegów lwowskich poświęci kilka słów pamięci zmarłego.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:
W *Kronice Lekarskiéj* Nr. 24 Belkego: Przyczynek do nauki o bąblicy. — W *Medycynie* Nr. 52: Nawrockiego: O nerwach potowych głowy.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. W. w Szcz. List otrzymaliśmy, za uwagi życzliwe dziękujemy, i nie omieszkamy z nich korzystać, o ile to w stosunkach naszych okaże się możliwém.

Sprostowanie. W Nrze 52 w nagłówku do rozprawy Dra Gluzińskiego zamiast: „A. Nerwice obwodowe," powinno być: „C. Nerwice rozległe."

Towarzystwo lek. krak. odbędzie we Środę dnia 5 Stycznia o godzinie 5téj w Sali wykładowéj kliniki okulistycznéj doroczne administracyjne posiedzenie, na którém odczytane będą sprawozdania z czynności Tow. lek. krak. w r. 1880, poczém nastąpi uchwalenie zmian poczynionych w statucie, wybór tak zarządu Towarzystwa jako też i dwóch Delegatów do Rady Zawiadowczéj Tow. lekarskiego galicyjskiego.

Do Szanownych Członków Tow. Lek. Galicyjskiego!

Celem uniknienia zawikłań w rachunkach, zwracamy uwagę Szanownych Kolegów, że ci z pomiędzy nich, którzy będąc członkami czynnymi Tow. lek. galicyjskiego mają zarazem nabyty dawniéj tytuł członków korespondentów Tow. lek. krak., wkładki swe wnosić winni tylko do kasy Tow. lek. galic. i to wprost na ręce skarbnika we Lwowie, Administracyi zaś Przeglądu nie należy się od nich nic (począwszy od I lipca 1880).

Przy sposobności przypominamy także szanownym Kolegom, że wkładkę roczną należy w myśl §. 12 i 13 ustawy Tow. opłacać z góry (ryczałtem lub w ratach półrocznych lub kwartalnych).

Z Rady Zawiadowczéj Tow. lek. galicyjskiego.

Prezes Tow. (podp.) *Dr. Biesiadecki.* Sekretarz jen. (podp.) *Dr. Merunowicz.*

Do Nru dzisiejszego dołącza się: Prospekt na Gazetę Lekarską.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Ulica Podwale Nr. 84.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja i w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolska, Boulv. Voltaire 180, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ $1\frac{1}{2}$ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 8 stycznia 1881. **№ 2.** Rok XX.

I. Naukowy rozbiór przypadku: *„Haematokele cum putrescentia locali, Emphysema subcut. lat. d. sine septicaemia. Hydrokele lat. sin.“*

(Rzecz wyłożona na posiedzeniu Sekcyi lwowskiéj Tow. lek. gal. dnia 18go grudnia 1880).

Napisał **Dr. Jan Szeparowicz**
prymaryjusz szpit. powsz. we Lwowie

Schlebiam sobie nadzieją, że opis niniejszego przypadku chorobowego wznieci nieposlednie zajęcie szan. Czytelników Przeglądu Lek. Był on dwukrotnie przedmiotem dyskusyi na posiedzeniach naszéj Sekcyi, a mianowicie w dniu 26 czerwca i 18 grudnia 1880. Ponieważ obok tłumaczenia niektórych przypadków, podanego przezemnie, znalazły wyraz inne ze stron poważnych, przeto raczą mi szan. Czytelnicy pozwolić, ażebym tak sam opis przypadku i tłumaczenie spostrzeganych przypadków, podane w dyskusyi przezemnie w ustnym wykładzie jakoteż tok dyskusyi, powtórzył.

Lewi Superfin, mieszkaniec Brodów, 53 lat wieku, żonaty, wyrobnik, przybył na mój oddział dnia 25 czerwca 1880 z obustronnym obrzękiem moszen, podając, że obrzęk datuje się od 27 lat, że już przed 20 laty nakłóto guz prawy i wypuszczono znaczną ilość płynu barwy białego wina; drugi podobny rękoczyn, również po téj stronie, uskuteczniono przed 15 laty; płyn był taki jak przy pierwszéj punkcyi; a trzecią punkcyję przebył on na 8 tygodni przed swojém przybyciem na mój oddział. Tym razem płyn był już ceglasty; chory zaś namienia, że niedługo przed trzeciém nakłóciem obrzęk téjże strony bez wiadoméj mu przyczyny znacznie się był powiększył. Obecną wielkość i kształt przybrał obrzęk wkrótce po ostatniém nakłóciu. W chwili zaś przybycia chorego przedstawiał się następujący stan chorobowy: Obrzęk moszen znaczny, równający się wielkości dwu głów osób dorosłych; większa polowa przypada na moszna prawe; u dołu obrzęk szerszy, u góry po lewéj stronie szypułka wąska, tak że po téj stronie obrzęk przedstawia kształt gruszki, a po prawéj stronie okolica kanału pachwinowego bardziéj wypełniona, tak że ów kształt gruszki tu już zatarty; prącie pogrzebane w obrzęku skutkiem wyciągnięcia jego powłok na rzecz obrzęku; przez dotykanie palcem wyczuwa się bardzo wyraźnie trzeszczenie właściwe rozedmie podskórnéj, a mianowicie w zakresie całego obrzęku połowy prawéj, a mniéj w zakresie lewéj, granica zaś tego przypadu chorobowego nieregularna; wzdłuż prawego kanału pachwinowego sięga rozedma podskórna aż w okolicę lędźwiową, w linii środkowéj zajęta okolica podbrzuszna po lewy kanał pachwinowy. Najdokładniejsze badanie nie wykrywa nigdzie w zakresie rozedmy podskórnéj owego pluskania właściwego posokowatym nasiękom tkanki łącznéj, brak téż zupełny zaczerwienienia skóry, ciastowatéj konsystencyi i bolesności. Worek mosznowy prawy wiotko napełniony płynem i gazami, co się wyczuwa dokładnie przez głośne pluskanie przy wstrząsieniu moszen; guz obwisły; lewy worek mosznowy wypełniony płynem bez gazów. Stan ogólny chorego zupełnie prawidłowy. Rozpoznanie więc opiewało jak wyżéj podano.

W takim stanie miałem zaszczyt przedstawić chorego w dniu 26 czerwca na posiedzeniu naszéj Sekcyi, podnosząc następujące pytania jako przedmiot dyskusyi:

1) Czy obecny gaz jest powietrzem atmosferyczném, wprowadzoném przy ostatniém nakłóciu, lub gazem rozkładowym?

2) W ostatnim razie, czy rozkład datuje się od punkcyi lub jest dowolny?

3) W razie przypuszczenia rozkładu jak wytłumaczyć zupełny brak jakiegokolwiek współcierpienia reszty organizmu?

Poważne głosy oświadczyły się za tém, że gaz stanowiący w tym przypadku rozedmę podskórną jest powietrzem atmosferyczném, wpuszczoném do wnętrza przez nieostrożną punkcyję. Ja stanowczo utrzymywałem, że tenże jest natury rozkładowéj, opierając moje twierdzenie na następujących powodach:

Po pierwsze ilość powietrza, która się podczas nakłócia może wcisnąć, nie jest tak znaczną, ażeby mogła zająć tak rozległą miejscowość. Koledzy, mający sposobność spostrzegać sztucznie uskuteczniane rozedmy tkanki łącznéj moszen przy

poborach wojskowych, podawali wprawdzie, że spostrzegali skutkiem tego obrzęki wielkości dużéj pięści, a nawet głowy dziecka, atoli nie widzieli nigdy rozedmy takich rozmiarów jak w niniejszym przypadku; zresztą sprawcy takiéj sztucznéj rozedmy używają niezawodnie znacznéj siły do wdmuchiwania powietrza w przestwory tkanki łącznéj, o jakiéj w przypadkach niezamierzonego i tylko przez nieostrożność wywołanego wessania powietrza nie ma mowy! Zresztą tu nie było mowy o rozedmie tkanki łącznéj, któraby była bezpośrednio powstała, lecz chyba tylko o takiéj, która powstała dopiero za pośrednictwem worka mosznowego; ten jednak przedstawiał się według podania chorego próżnym zaraz po ukończeniu rękoczynu. Wprawdzie ta okoliczność mogłaby têm bardziéj ułatwić wejście większéj ilości powietrza, atoli wessanie powietrza w takich przypadkach odbywa się tylko pod pewnemi warunkami. Nie od rzeczy będzie nad têm choć w krótkości się zastanowić: Przy nakłóciu klatki piersiowéj, jamy brzusznéj lub worka sercowego wciska się powietrze z zewnątrz do jamy skutkiem fizyjologicznéj czynności narządów, która sprawia falowanie ucisku wśrod jamy, a têm samêm wessanie powietrza w chwili powstania t. zw. ucisku ujemnego. Z tego powodu obmyślano różne przyrządy i sposoby postępowania chirurgicznego celem zapobieżenia takiéj ewentualności. Pęcherz moczowy jest także owym workiem, z którego często odprowadza się treść sztucznym sposobem i który także często napełnia się z zewnątrz różnemi płynami. Doświadczenie poucza, że jak z jednéj strony lekarze względem wyżéj wymienionych jam i względem pęcherza przy napełnianiu go płynami z zewnątrz, należycie przestrzegają ostrożności celem niedopuszczenia powietrza, tak z drugiéj strony bardzo często nie przestrzega się takiéj skrupulatności przy sposobności odprowadzania moczu za pomocą cewników; sami lekarze bowiem używają, celem spiesznego wypróżnienia pęcherza, ugniatania ściany brzusznéj, lub zapominają na ten niebezpieczny środek zwrócić uwagę chorych, skazanych na to, że przez dłuższy czas sami sobie muszą odprowadzać mocz za pomocą cewników. W przypadkach, gdzie ściany pęcherza są zdrowe i niepozbawione sprężystości i kurczliwości, taki zły zwyczaj ugniatania ściany brzusznéj i wyciskania pęcherza pozostaje zazwyczaj bez złych następstw, atoli w innych, gdzie ściany pęcherza są porażone, wessanie powietrza w chwili, kiedy siła uciskająca ustaje działać, bywa nieodzownêm złêm następstwem. W takich przypadkach nawet dowolne użycie tłoczni brzusznéj miewa podobnie zgubną doniosłość. Tak samo dzieje się w zastarzałych przypadkach hydro- et haematokele, jakim jest niniejszy; ściany bowiem takich worków bywają bardzo zgrubiałe i pozbawione kurczliwości i sprężystości. W tym kierunku jak najdokładniéj badany nasz chory, tak przezemnie jakoteż i przez kolegów na posiedzeniu, stanowczo zaprzeczał, jakoby lekarz operujący podczas punkcyi używał ugniatania lub wyciskania płynu, przeciwnie kategorycznie utrzymywał, że go podczas rękoczynu ręką nawet nie dotykał. W obec tego więc odpada najważniejszy powód wessania powietrza, jakkolwiek nie podobna zaprzeczyć, że nieco powietrza musiało się wcisnąć, atoli z pewnością nie w takiéj ilości, którаby odpowiadała opisanemu obrazowi chorobowemu.

Drugi powód, przemawiający przeciw przypuszczeniu powietrza atmosferycznego w rozedmie niniejszego przypadku, był ten, że ilość tego powietrza powinnaby się była z każdym dniem zmniejszać, a przynajmniej nie zwiększać. Tu jednak, o ile można było polegać na podaniu chorego, w tym kierunku rzecz miała się odwrotnie.

Nakoniec trwanie dotyczącego przypadu chorobowego sprzeciwiało się, mojêm zdaniem, przypuszczeniu powietrza atmosferycznego. Ośm tygodni! to przeciąg czasu na taki przypad chorobowy za długi! Rozedma podskórna, towarzysząca powikłanym złamaniom żeber, trwa od kilku dni do dwóch tygodni lub trochę dłużéj po zasklepieniu się rany płucowéj, lecz nie 8 tygodni! W literaturze zaznaczone są przypadki trwania 14 dniowego obecności powietrza przypadkowo podczas punkcyi w hydrokele wprowadzonego (Velpeau); — jeden z doświadczonych kolegów wojskowych spostrzegał po brance dwa przypadki sztucznéj rozedmy w szpitalu i podaje dwa tygodnie jako czas jéj trwania. Wbrew tym doświadczeniom utrzymywał jeden z kolegów, że widywał u rekrutów owe sztuczne rozedmy moszen aż do ponownego superarbitralnego poboru; takie atoli doświadczenie nie ma wartości dla braku należytéj kontroli, albowiem rękoczyn mógł być w tym czasie kilkakrotnie powtórzony

Ponieważ te powody nie zdołały dostatecznie przekonać kolegów o słuszności mojego zdania, przeto postanowiono wstrzymać się jak długo można z rękoczynem celem dokładnego spostrzegania dalszego biegu. Zastrzegłem więc sobie zdać sprawę z tegoż i z ewentualnego wyniku.

Już w ośm dni późniéj, to jest dnia 3go lipca, wystąpiła wybitna zmiana miejscowego i ogólnego stanu: stwierdzono pluskanie podskórne, właściwe naciekom posokowatym, brudne zaczerwienienie skóry, ciastowaty obrzęk, tu i owdzie bolesność przy dotykaniu; zakres rozedmy podskórnéj nieznacznie zwiększony; na twarzy chorego chorobowa bladość, poczynający zapad, język suchy, tętno 96, twarde, małe, ciepłota 38,5°, osłabienie ogólne, brak łaknienia; a zatêm nie ulegało wątpliwości, że tak miejscowo ustaliło się posokowate zapalenie tkanki łącznéj, jakoteż ogólnie pojawiły się przypady posocznicy. Nie pozostawało więc nic innego, jak uskutecznić rozległe i głębokie cięcia i należytą dezinfekcyją miejscową. W obecności kolegi prymaryjusza R. uskuteczniono zamierzony rękoczyn i stwierdzono: niepospolite cuchnienie, uderzające tak silnie, że każdy musiał mimowolnie się odwrócić; rozległy posokowaty naciek tkanki łącznéj podskórnéj; posoka brudno szara, zmięszana z bańkami gazowemi i oczkami tłuszczowemi, pochodzącemi z rozpadu komórek tłuszczowych; rozległą zgorzelinę tkanki łącznéj; w worku jądrowym malutką dziureczkę niewątpliwie pochodzącą od punkcyi w przodkowo górnéj części worka; sam worek tylko w zewnętrznych warstwach cały i odgraniczający dokładnie treść jamy od sąsiedztwa, w wewnętrznych zupełnie w błotnistą, rozpływającą się, ciemno szarą, cuchnącą masę zamieniony, wewnątrz czokoladowy, cuchnący, płyn obficie z gazami zmięszany. Należy zaznaczyć, że takie zniszczenie miejscowe znajdowało się tylko w części moszen przodkowo-bocznéj; tylna powierzchnia przedstawiała tylko rozedmę bez nacieku posokowatego. Tak po prawéj stronie. W lewéj połowie: czysta rozedma podskórna, worek jądrowy zgrubiały, lecz zresztą prawidłowy, w jamie płyn czysty jak w każdym przypadku zwyczajnéj hydrokele.

Po należytêm oczyszczeniu 5% rozczynem karbolowym i 5% rozczynem chlorku zynkowego nałożono obficie zmiętą gazę Listera, papier gutaperkowy zwilżony w 5% rozczynie karbolowym i umocowano opaską płótnianą opatrunek ten, u nas zwany antiseptycznym nietypowym. Co do dalszego

przebiegu wspomnę krótko tyle: z początku przebieg był względnie bardzo pomyślny, rany zaczęły się oczyszczać, lecz po 2 tygodniach sprawa postąpiła dalej; róża przystąpiła a chory zmarł dnia 1go sierpnia skutkiem posocznicy (uwiądu gorączkowego po róży?)

(Dok. nastąpi).

II. Reinfectio syphilitica

Napisał Dr. **Z. Krówczyński** we Lwowie.

(Ciąg dalszy Patrz Nr. 1.)

W roku 1879, a mianowicie dnia 24 marca, znów odwiedził mnie pacyjent, którego w okresie wolnym od wszelkich objawów chorobowych kilkakrotnie widziałem i zawsze nadaremnie przypadów zakażenia kiłowego szukałem. Chory wyznał, że jest zaniepokojony swym stanem, a mianowicie dwoma owrzodzeniami, które po ostatniém spółkowaniu wystąpiły. Według opowiadania spółkował on po raz ostatni 15 marca, po czém zaraz dnia następnego spostrzegł dwa nadżerki; prócz tego spółkował on 12 i 8 marca i 28 lutego, po tych jednak spółkowaniach nie spostrzegał żadnych zmian. Wiedząc, że kiła zazwyczaj nie udziela się po raz wtóry, nie spieszył się do lekarza, przypuszczając, że nadżerki nie mają znaczenia doniosłego. Gdy jednak one się zwiększały, zgłosil się do mnie, jak wspomniałem 24 marca 1879. Wtedy stwierdziłem dwa bardzo powierzchowne owrzodzenia, w postaci regularnych nadżerków, ułożonych na wewnętrznéj blaszce napletka. Nadżerek po stronie lewéj, ułożony blisko więzadełka, był wielkości przeciętego grochu wyraźnie u podstawy nacieklý, i przy dotyku można było łatwo stwierdzić pergaminowe stwardnienie, po prawéj stronie prącia ułożony nadżerek był nieco mniejszy i znajdował się bliżéj rowka żołędziowego, a naciek u podstawy przechodził przez rowek żołędziowy ku saméj żołędzi. W obu pachwinach znalazłem po jednym gruczole obrzękłym, mniejszy w prawéj, wielkości zaś migdała w lewéj pachwinie i ten przy dotyku był nieco bolesny. Znając dokładnie przeszłość chorego, nie śmiałem rozpoznawać, mimo charakterystycznych znamion, objawu pierwotnego kiły, a przypuszczałem, że to są owe zmiany, które Tarnowsky u kiłowych opisywał, a które świadczyć miały o istniejącém zakażeniu. Taką téż odpowiedź dałem choremu, a dla usunięcia cierpienia zaleciłem przylepiec rtęciowy. Ku wielkiemu mojemu zdziwieniu owrodzenia nietylko nie zmniejszyły się, ale z biegiem czasu, równie jak gruczoły w pachwinach, ciągle się powiększały, a stwardnienia nadżerków były co raz znaczniejsze i wyraźniejsze. Stan ogólny był przytém dobry, na skórze wysypka grudkowa powyżéj opisana i potem okryta skóra. 27 kwietnia stan gruczołów o tyle się zmienił, że gruczoł w lewéj pachwinie ułożony był wielkości dużego laskowego orzecha, a w prawéj pachwinie wielkości migdała. Badanie ogólne nie stwierdziło żadnych zmian w wewnętrznych narządach, a gruczoły karkowe nie były wcale wówczas powiększone, a tylko barkowy lewy był wielkości grochu. Odtąd gruczoły pachwinowe zwolna się zmniejszały, stwardnienie pierwotnego objawu znikało i stan ten utrzymywał się do 23 lipca 1879. Przez ten czas nie wystąpiły objawy ogólnego zakażenia, trudno mi bowiem przypuścić, abym przeoczył wysypkę, gdyż zwracałem na skórę uwagę i w odstępach tygodniowych chorego badałem. Do téj chwili ograniczałem się w leczeniu do środków miejscowych i kąpieli ciepłych, raz lub dwa razy na tydzień zalecanych i dopiero z chwilą okazania się szyszkowin płaskich na lewym migdałku (23 lipca) podalem *Protojodur. hydrarg.* 1 grm na 40 pigułek, polecając używać jednéj pigułki dziennie. Po tygodniowém używaniu leku stwierdziłem znaczne zmniejszenie gruczołów pachwinowych; dnia 7 sierpnia wystąpiły szyszkowiny płaskie na migdałku prawym, a zresztą stan pozostał niezmieniony, w tydzień późniéj przerwałem leczenie (chory używał 2 lub 3 pigułek dziennie) z powodu bolów w przewodzie pokarmowym i rozwolnienia. W tym czasie ustąpiły szyszkowiny z obu migdałków, które niekiedy lapisowano, a gdy rozwolnienie i ból ustąpiły, zaczął chory znowu używać rtęci. Mimo jéj użycia okazało się obłożenie na migdałkach dnia 28 sierpnia, a dla usunięcia bólu doznawanego przy połykaniu zaleciłem *Kali hypermangan.* 2 decigr. na 300 do płukania. Przy tém leczeniu ustąpił ból i znikło obłożenie migdałka lewego, w tydzień zaś później spostrzegłem mały naciek szyszkowiny na podniebieniu miękkiém po lewéj stronie, tuż koło języczka. Dnia 6 września były migdałki zupełnie prawidłowe i tylko miernie powiększone, stan gruczołów niezmieniony, zaledwie ślad stwardnienia pierwotnego objawu, a stan ogólny zawsze dobry. Po 10 dniach jeszcze raz wystąpił naciek na migdałku prawym, który do końca tego miesiąca się utrzymywał. Rozwolnienie znowu zmusilo do przerwania na kilka dni leczenia, które doprowadziłem do 1 października. Dnia tego stwierdziłem, że ani gruczoły karkowe, ani barkowe nie były powiększone, a pachwinowe z obu stron zaledwo miernie były powiększone i znacznie miększe, niż pierwotnie. Zaprzestałem odtąd wszelkiego leczenia, a badając chorego dwa lub trzy razy na miesiąc, zawsze spostrzegałem potówkę, która równie jak pocenie ją wywołujące nie znikała. Żadnych zmian kiły więcéj nie widziałem, a badając chorego po dziesięciu miesiącach, 23 lipca 1880, spostrzegłem, że największy gruczoł karkowy jest wielkości maleńkiego grochu, barkowy lewy nieco większy, a pachwinowe z obu stron wielkości małéj fasoli; natomiast z obu stron znalazłem po jednym gruczole udowym, wielkości dużéj fasoli, cierpienia zaś, któreby obrzęk ten usprawiedliwiało, nie znalazłem nigdzie na nogach i międzykroczu. I tym razem potówka była bardzo obfita, a zresztą stan ogólny, jakotéż stan narządów, był zupełnie zadowalający. Po raz ostatni badałem chorego w początku grudnia 1880, a stan niczém się nie różnił od opisanego w lipcu.

Zdaje mi się, że nie będzie rzeczą zbyteczną, jeśli się zastanowimy nad tém, czy w opisanym przypadku chory rzeczywiście dwa razy przebywał kilę. Po pierwszym pierwotnym objawie kiły istniała wysypka plamista, po owrzodzeniach uznanych za pierwotne objawy powtórne, a które w marcu 1879 wystąpiły, okazały się szyszkowiny na migdałkach, w obu razach objawy ogólnego zakażenia istniały. Ale zachodzi pytanie, czy szyszkowin na migdałkach, których po pierwszym pierwotnym objawie nie było, nie należy odnieść do zmian, wywołanych pierwszém zakażeniem, a owrzodzenia, w marcu 1879 powstałe, uważać za pseudoszankry Tarnowsky'ego, któreto zmiany u kiłowych często po zaszczepieniu drażniących składników się zdarzają. Jeśli udowodnimy, że owrzodzenia, w marcu powstałe, były rzeczywiście pierwotnemi objawami kiły, w takim razie będziemy mieli pewność, że chory dwukrotnie chorobę przebywał. Niczego nie udowodni postać owrzodzeń, chociaż więcéj przemawia za istnieniem pierwotnego objawu, albowiem nie-

kiedy zwykłe nadżerki przedstawiają charakterystyczne stwardnienie, niegdyś poczytywane za wyłączny przypad objawu pierwotnego kiły. Kilkakrotne spółkowanie i brak pewności, po którém spółkowaniu nadżerki powstały, nie pozwalają wyrokować, jak długo trwał okres wylęgania, a przeto nie możemy wnioskować, czy tenże okres przemawiałby za istnieniem pierwotnego objawu. Na korzyść rozpoznania objawu pierwotnego wyzyskać wypada obustronny obrzęk gruczołów pachwinowych, który nie zwykł występować po powierzchownych nadżerkach u kilowych. Gdyby owrzodzenia silnie ropiały, w takim razie nie miałby obrzęk gruczołów tak doniosłego znaczenia, okazanie się jednak tegoż po lekkich obnażeniach i zwiększanie się obrzęku bez widocznéj przyczyny, a mianowicie drażnienia gruczołów obok wzrastającego stwardnienia, pozwala przypuszczać, że nadżerki były pierwotnemi objawami kiły. Przypuszczenie to staje się niezbitym pewnikiem przez stwierdzenie w odpowiednim okresie zmian ogólnego zakażenia. Szyszkowiny płaskie trudno wreszcie odnieść do pierwszego zakażenia, rzadko się bowiem zdarza, aby kiła po kilkuletniém utajeniu okazywała się w téj postaci, stanowiącéj znamię wczesnéj kiły. — Rozstrzygnąwszy stanowczo, że w opisanym przypadku istniała reinfekcyja, wypada zwrócić uwagę na małą ilość wcierań, które chorego z pierwszego zakażenia uleczyły. Ważniejszém jednak zjawiskiem, z którego można wysnuć doniosłe wnioski, jest owo ciągłe pocenie się chorego, na które zwróciła moję uwagę wysypka grudkowa, czyli potówka, będąca następstwem pocenia się. Już przy leczeniu pierwszego zakażenia zadziwiał mnie łagodny przebieg choroby i wówczas przypuszczałem, że może on zależy od obfitego pocenia się, czyli co znaczy to samo od szybszego przeobrażania części składowych ustroju. Odnowa organizmu, jak wiemy, jest ową siłą leczącą wszystkie choroby, a przedewszystkiém choroby chroniczne; odbywając się raźniéj w opisanym przypadku, czego dowodem ciągłe pocenie się, umożliwiła ona nietylko szybkie ustąpienie istniejących przypadów, ale zarazem była przyczyną, że choroba miała bardzo łagodny przebieg i że objawy były bardzo słabe. Pocenie się jednak wpłynęło jeszcze w inny sposób korzystnie na przebieg choroby, a mianowicie ułatwiając wessanie rtęci i jéj utlenienie, od czego znowu ustąpienie przypadów kiły zależy. Do niedawna nie mieliśmy pewności, jak działa rtęć, zastosowana w postaci wcierań i wygłaszano wręcz przeciwne zdania co do sposobu działania rtęci w postaci wcierań. Podczas, gdy jedni przypuszczali, że rtęć ulatniając się dostaje się do dróg oddechowych, zkąd wessaną bywa po utlenieniu, a przeczyli możliwości przejścia przez skórę, inni twierdzili na mocy badań mikroskopowych, że rtęć przez skórę przenikać może, a wreszcie byli i tacy, którzy ulatniającéj się rtęci przypisywali własność przechodzenia przez skórę. Tymczasem najnowsze doświadczenia Fürbringera (*Experimentelle Untersuchungen über Resorption und Wirkung des regulin. Quecksilbers der grauen Salbe. Archiv für pathol. Anatomie und Physiologie* 1880, 2 B., 3 H.) stanowczo rozwiązują sporną kwestyję stwierdzając, że rtęć nie przechodzi przez nieobnażoną skórę, ale natomiast przy wcieraniu nagromadza się w przewodach torebek włosowych i gruczołów łojowych, jakoteż potnych, zkąd po utlenieniu się wchodzi do ogólnego obiegu krwi i w niéj krąży, jako połączenie chlorku rtęciowego z chlorkiem sodu i niedokwasu rtęci z białkiem (*Voit.*). Prócz tego rtęć dostaje się w postaci pary do dróg oddechowych i zamienia się w rtęć płynną, a ta skutkiem stykania się z powietrzem utlenia się i również w krew przechodzi. Fürbringer twierdzi, że ulatniająca się rtęć nie może przechodzić przez powłokę skórną, nawet w takim razie, jeśli pod wpływem wilgoci w płynną rtęć się zmienia, skóra bowiem jako taka nigdy nie przepuszcza rtęci, a stać się to może tylko w takim razie, jeśli rtęć dostaje się do obnażeń, zkąd utleniona znowu do obiegu ogólnego się dostaje. Wiedząc od czego działanie rtęci zależy, pojmiemy, że ona łatwiéj dostaje się do ogólnego obiegu krwi właśnie dla tego, że pocenie się, jako objaw podwyższonéj czynności skóry, musiało w opisanym przypadku zarazem zwiększyć ilość wessanéj rtęci, a przeto prędzéj i na dłuższy czas usunąć przypady kiły. Nikt nie przeczy, że przypady kiły są zarazem źródłem przyrzutu i im takowe są złośliwsze, tém silniejsze jest zakażenie i obfisze źródło przyrzutu, względnie zakażenia, które skutkiem wessania przyrzutu się powiększa. Łagodne przypady plamistéj wysypki, która prędko ustąpiła, obok energicznego działania rtęci były niewątpliwie skąpém źródłem przyrzutu, a skutkiem tego szybka odnowa organizmu, o jakiéj świadczy ciągłe pocenie się, tém łatwiéj wyrugowała owe pierwiastki, które uniemożliwiają zazwyczaj reinfekcyję chorób wysypkowych.

(Dokończenie nastąpi.)

III. Oceny i sprawozdania.

Szerzenie się zarazy śledzionowéj. Pogląd na najnowsze poszukiwania.

W krajach, gdzie przeważnie hodują owce, znane są tak zwane „miejsca zaklęte“, to jest pastwiska zakażone, których pasterze starannie unikają, aby swych trzód na chorobę nie narazić. Zwierzęta żywiące się na takich pastwiskach, a nawet takie co zaledwie przez nie przebiegną, nagle dostają wąglika, z tych zaś początkowych przypadków w krótkim czasie rozwija się choroba stadna. Pasteur przypuszczał, iż ziemia w takich miejscowościach bywa przesiąkłą jadem wąglikowym, pochodzącym z padliny owiec wąglikowych tamże, choćby przed laty, zakopanych.

Przypuszczenie to potwierdziły badania zarazy śledzionowéj, uskutecznione przez Pasteura w okolicy Beause w r. 1878. Uczony ten wykazał wtedy, iż za pomocą ziemi, wziętéj z powierzchni miejsca, w sąsiedztwie którego przed dwoma laty zakopano padlinę wąglikową w głębokości 1—2 metrów, można zakazić ciecze hodowcze i przez ich zaszczepienie wywołać u zwierząt chorobę wąglikową. Mimo to jednak sprawa szerzenia się zarazy śledzionowéj nie była jeszcze należycie wyjaśnioną.

Pasteur bowiem przekonał się, że gnicie niszczy prątki wąglikowe, a zarazem nie mógł sobie wystawić, w jaki sposób grzybki powietrzne mogą żyć w atmosferze kwasu węglowego, nasycającego warstwę ziemi pokrywającą padlinę wąglikową. Lubo zresztą zarodniki wąglikowe posiadają wielką oporność, to jednak gruba warstwa ziemi powinna być dostatecznym sączkiem dla zatrzymania owych zarodników.

W celu rozstrzygnienia tych wątpliwości Pasteur, Chamberland i Roux przedsięwzięli nowe badania, których wyniki ogłoszono w *Bulletin de l'Acad. de méd.* (1880, Lipiec) pod tytułem: *Sur l'etiologie du charbon.*

Z tych poszukiwań okazało się, iż przenośnikami jadu wąglikowego w ziemi mają być dżdżownice ziemne *(Lumbricus terrestris)*, robaki żyjące w wilgotnéj ziemi i żywiące się gnijącemi cząstkami roślin i zwierząt. Dżdżownice, nakarmiwszy się zarodnikami prątków wąglikowych w dołach padlinowych, wynoszą takowe w nocy lub po ciągłym deszczu na wierzch i składają je na roślinach, trawach, w ogóle na paszy w postaci ziemistego kału nitkowatego. Pasteur wątpi, aby jad wąglikowy składany był przez dżdżownice w bagniskach, moczarach i kałużach. Teoryję tę opiera uczony ten na obecności zarodników wąglikowych w kale zawartym w kiszce glist ziemnych, w kale zasuszonym na powierzchni ziemi, tudzież na fakcie, iż za pomocą tego ziemistego kału można zakażać ciecze hodowcze, wywołujące wąglik u zwierząt niemi zaszczepionych. Tam, gdzie nie ma grubéj warstwy wilgotnéj ziemi, nie pojawia się zaraza śledzionowa. W ten sposób Pasteur tłumaczy, dla czego ta choroba stadna nie wybucha w górach skalistych, lub wapiennych (np. w Champagnü).

Odkrycie to sprawiło we Francyi wielkie wrażenie. Czyto jednak jedyna droga szerzenia się prątków wąglikowych? Niewątpliwie istnieją inne także przenośniki jadu wąglikowego. Przemawiają za tém spostrzeżenia Dra Poincare (*Sur la production du charbon par les pâturages. Comptes rendus de l'Acad. des sciences.* 1880 lipiec). Obserwował on zarazę śledzionową wybuchłą w okolicy Nancy między bydlem rogatém i przekonał się, iż w wodzie, którą bydło piło na bagnistéj łące, znajdowały się prątki wąglikowe, po zastrzyknięciu zaś podskórném téjże wody zdrowemu zwierzęciu, znajdującemu się poza obrębem zarazy, powstał wąglik z śmiertelném zejściem, krew padłego zwierzęcia zawierała mnóstwo prątków wąglikowych, po zaszczepieniu zaś téj krwi innemu zdrowemu zwierzęciu nastąpiła śmierć po upływie 24 godzin.

Że woda w ogóle może być przenośnikiem jadu wąglikowego, o czém powątpiewał Pasteur, dowodzą także spostrzeżenia H. Bella (*On Woolsorters disease. The Lancet* 1880, str. 871, 10 lipca str. 61) podczas zarazy śledzionowéj wybuchłéj między krowami i baranami pasącemi się na łące w pobliżu fabryki przerabiającéj włósie końskie i wełnę w Batford. Pośmiertne badanie ścierwa wykazało w sposób niewątpliwy, iż zwierzęta chorowały na zarazę śledzionową i zdychały wskutek wąglika. Owa łąka zlewaną była mydlinami, służącemi do prania wełny, z czego wnosić można, iż trawa zakażoną była zarodnikami wąglikowemi, pochodzącemi widocznie z wełny zwierząt wąglikowych.

Z teoryi zawlekania jadu wąglikowego przez dżdżownice Pasteur wyciągnął wnioski praktyczne, zapobieżne i higieniczne. Przedewszystkiém nie należy według niego zakopywać zwierząt zdechłych z wąglika na łąkach i niwach przeznaczonych do zbierania paszy, lub téż mających służyć za pastwiska. Należy zatém wybierać do chowania padliny krzemieniec, wydmy piasczyste, grunt skalisty lub wapienny, lecz bardzo chudy i suchy, słowem grunt nie sprzyjający życiu glist ziemnych.

I te rady nie są nowe. Dawniéj już bowiem do podobnych wniosków doszedł Robert Koch, lubo z innego stanowiska na rzecz się zapatrywał.

Jednocześnie niemal z wystąpieniem Pasteura' inny uczony francuski, profesor szkoły weterynaryjnéj w Tuluzie Dr. Toussaint, podał nowy sposób ochrony od wąglika za pomocą szczepienia ochronnego.

Nic nie ma ciekawszego a zarazem ciemniejszego w nauce nad ochronę naturalną od niektórych chorób zaraźliwych i przenośnych w skutek jednorazowego ich przebycia, lub téż szczepienia ochronnego. Zagadnienie to, od lat wielu zajmujące badaczów, lekarzów, dotychczas nie zostało rozwiązane. Nowsze poszukiwania Chauveau, Pasteura, Toussainta, Colina, Bouleya, pozwalają mieć nadzieję, że kiedyś zaliczymy także zarazę śledzionową do chorób, które same przez się ochraniają od powtórnego nawrotu. Dziś jednak z doświadczeń w tym kierunku czynionych nie można wyprowadzić stanowczych wniosków. Z tego powodu nie przytaczamy ich treści odsyłając czytelnika do prac oryginalnych. *Lutostański.*

Baumgarten: **O stosunku zachodzącym między perlicą a gruźlicą.**

Na wzór prac Schüppla, Gerlacha, Klebsa, Ortha i Virchowa robił Baumgarten w Królewcu doświadczenia z przeszczepianiem królikom cząstek perlicowych, które zasługują na bliższą uwagę, raz że autor zrobił poprzednio do 400 obdukcyj na królikach i obznajomił się dokładnie z zmianami patologicznemi, wywołanemi u tych zwierząt rozmaitém drażnieniem tkanek, powtóre że otrzymane przezeń wyniki doświadczeń są pod każdym względem dodatnie i przyczyniają się wiele do wyjaśnienia kwestyi spornéj co do związku perlicy z gruźlicą.

I tak kilku młodym królikom zaszczepił do obu przednich komórek ocznych cząstki płuca cielęcego, perlicą dotkniętego: po kilkunastu dniach wystąpiła u wszystkich klasyczna gruźlica na przednich błonach ocznych, a osobliwie na tęczówce, zupełnie w téj saméj postaci i w takim porządku, jak ją widzieli Cohnheim i Hänsell po zaszczepieniu królikom do przednich komórek ocznych cząstek gruźliczych z człowieka, a nadto, gdy zwierzęta po 3—4 miesiącach śród objawów największego wyniszczenia pozdechały, stwierdzono przy sekcyi w każdym przypadku bez wyjątku gruźlicę ogólną rozsianą bardzo obficie w płucach, wątrobie, śledzionie, sieci kiszkowéj, na opłucnéj, w gruczołach limfatycznych i rdzeniu kręgowym i tak wybitną, że mogła posłużyć za wzór ostréj i ogólnéj gruźlicy ludzkiéj, bo nawet olbrzymie komórki Langhansa dały się w każdym gruzełku wykazać. Korzystając z obfitego materyjału perlicy, stwierdzonéj każdorazowo makro- i mikroskopijnie, powtarzał B. wielokrotnie swe doświadczenia i zawsze niemal z matematyczną ścisłością dochodził do jednakiego rezultatu, co więcéj widział także ten sam skutek, gdy guzek gruźliczy, choćby najmniejszy, z przeszczepienia perlicy otrzymany, daléj zaszczepiał i niejako w kilku generacyjach rozmnażał. Dostrzegł przy tém, że gruźlica ogólna nie występuje przed albo równocześnie z gruźlicą oka, lecz po pewnym upływie czasu, zwykle po 4—6 tygodniach, tudzież, że gruźlica oka nie jest objawem ogólnéj gruźlicy, wyjąwszy bowiem zwierzęciu gałkę oczną gruźliczą przed upływem powyższego czasu, można ją od ogólnéj gruźlicy ochronić. Czy objawy gruźlicze u królika powstają jedynie pod wpływem specyficznego jadu w perlicy zawartego, lub téż mogą być wywołane także działaniem innego czynnika w różnych patologicznych produktach zawartego, czy bezpośrednio czy za pośrednictwem jeszcze innych zewnętrznych lub wewnętrznych wpływów, to pytanie miały rozstrzygnąć następujące doświadczenia dla próby i kontroli przedsięwzięte. Przez drażnienie oka obcemi ciałami organicznemi i nieorganicznemi, różnemi istotami chemi-

cznemi i pierwiastkami gnilnemi, wywoływał B. u królików ropienie w gałce ocznéj w rozmaitém natężeniu, począwszy od *Hypopion* aż do *Panophthalmitis*, kończącéj się serowatym rozpadem i zanikiem gałki ocznéj i w żadnym z licznych przypadków do doświadczenia użytych nie wystąpiła gruźlica oka, a tém mniéj gruźlica ogólna; gdy zaś do jednego oka zaszczepił perlicę a do drugiego jakikolwiek pierwiastek ropienie wywołujący wystąpiły w pierwszém oku, po kilkunastu dniach, wybitne gruzełki, w drugiém zaś oku nigdy. Również ujemny skutek otrzymał B. po zaszczepieniu do oka najrozmaitszych patologicznych produktów, jak ropy zwykłéj i zserowaciałéj, tak z człowieka jak z królika, cząstek rakowych, mięsakowych, twardego i miękkiego szankra, wydzieliny z jam bronchiektatycznych bydlęcia, włóknikowego zapalenia płuc, cząstek zwłok ludzkich i zwierzęcych w najrozmaitszym stopniu rozpadu będących itp. Jeden tylko pierwiastek wywołuje jeszcze podobnie jak perlica gruźlicę u królika, a tym jest gruzełek ludzki. Jakkolwiek pierwotne doświadczenia B. przy szczepieniu do oka królików gruźlicy ludzkiéj wypadały całkiem ujemnie, udawało mu się przecież otrzymać niekiedy wyniki podobne jak Cohnheim i Hänsel, gdy szczepili królikom świeżą gruźlicę ludzką, a zawsze otrzymał piękną gruźlicę, gdy szczepił królikom gruźlicę z psa i gruźlicę z innych królików. Wykazały więc doświadczenia B., że cząstki perlicowe przeniesione do przedniéj komórki oka u królika wywołują najpierw gruźlicę oka, a następnie ogólną gruźlicę rozsianą, tudzież że ten sam rezultat może być osiągnięty także produktami ludzkiéj i zwierzęcéj gruźlicy, a nigdy przez zaszczepienie jakiejś innéj patologicznéj istoty. Te fakta skłaniają B. do przypuszczenia, raz że perlica posiada swój właściwy jad, powtóre że jad ten jest identyczny z jadem gruźlicy. A chociaż o istocie samego jadu nie wiele dziś wiemy, to za przypuszczeniem tém przemawia także i budowa histologiczna gruzełka i guzka perlicowego, które według Virchowa i Schüppla tém tylko od siebie się różnią, że guzki perlicowe nie ulegają prawie nigdy rozpadowi serowatemu, owemu ostatecznemu losowi gruzełka. Według zdania B. i ta różnica nie istnieje, a guzki perlicowe zarówno przeistaczają się serowato, tylko że przeistoczenie to uchodzi często naszéj uwadze, bo owe części zaczynające się rozpadać zawczasu pokrywają się złogami soli wapiennych, pozbawiwszy zaś część płuca zwapniałą soli wapiennych za pomocą kwasów, nie otrzymamy nigdy tkanki morfologicznie cało zachowanéj, lecz rozpadłą i przedstawiającą obraz zserowacenia gruźliczego. Polegałaby więc cała różnica między perlicą a gruźlicą, ze stanowiska anatomicznego, na tém, że w perlicy części płuca rozpadające się wcześniéj i w większym stopniu ulegają zwapnieniu i z tego powodu tak rzadko napotykamy po perlicy anatomiczny obraz suchot płucnych. (*Berl. klin. Woch.* 1880, Nr. 49 i 50). *Dr. T. W.*

Fleischer i Brückmann. **O zdolności wsysania prawidłowéj błony śluzowéj pęcherza u człowieka.**

Dla przekonania się, czy przez błonę śluzową pęcherza może nastąpić wessanie płynów do pęcherza wstrzykniętych, tudzież jak prędko i w jakiéj ilości ono przychodzi do skutku robili, F. i B. w klinice w Erlandze doświadczenia z rozczynem jodku potasu, wstrzykując go w odpowiednich ilościach do pęcherza a szukając po pewnym czasie jodu w ślinie, któréj wydzielanie przez podskórne zastrzyknięcie pilokarpinu zwiększyli. Na wstępie i niejako dla próby wstrzyknięto zdrowemu człowiekowi 0.05 jodku potasu w 10 cm. wody do odbytnicy, po kilku minutach zastrzyknięto podskórnie pilokarpin i już w pierwszych 50 cm. wydzielonéj śliny dał się jod wykazać; ten sam skutek osiągnięto także w drugiém doświadczeniu, a nie wykazano jodu w ślinie, po wprowadzeniu do odbytnicy tylko 0.005 jodku potasu.

W podobny sposób doświadczano błonę śluzową pęcherza, a mianowicie mężczyznie, którego mocz zawsze był czysty i kwaśny, wstrzyknięto przez cewnik do pęcherza 200 cm. pół procentowego rozczynu jodku potasu a zaraz potém podskórnie pilokarpin: ślina w przeciągu $^1/_2$ godziny wydzielona nie zawierała jodu. Tę samą ilość jodku potasu wstrzyknięto do pęcherza dwu młodym ludziom po 16 lat liczącym, pilokarpin atoli zastrzyknięto dopiero po kwadransie i w obu przypadkach dała się wykazać w ślinie bardzo nieznaczna ilość jodu. W dalszych trzech przypadkach wstrzyknięto do pęcherza 1% rozczyn jodku potasu a pilokarpin dopiero po upływie pół godziny; dwa razy wprowadzono kobiecie do pęcherza przez cewnik po 1 grm. jodku potasu w postaci małych kulek stopionego i za każdym razem reakcyja śliny na jod była bardzo wybitną.

Wreszcie wstrzyknięto kobiecie przez cewnik *à double courant* 150 cm. 5% rozczynu jodku potasu, cewnik przez 25 minut zostawiono w pęcherzu a oba otwory jego szczelnie zatkano. Po upływie 25 minut wypuszczono płyn i wyjęto cewnik a pęcherz przepłukiwano letnią wodą, dopóki nie zniknął w cieczy odpływającéj wszelki ślad jodu, zastrzyknięto następnie podskórnie pilokarpin, a w ślinie w ciągu $1^1/_2$ godziny wydzielonéj wykryto wybitną ilość jodu.

Na podstawie tych doświadczeń przypuszczają F. i B., że błona śluzowa pęcherza posiada zdolność wsysania jodku potasu, a zdaje się tak samo i innych ciał rozpuszczalnych, że atoli wessanie to odbywa się bardzo powoli i w niewielkiéj ilości z powodu znacznéj grubości przybłonka. Rezultat doświadczeń niniejszych dałby się może zastosować w praktyce, jeżeliby się okazało, że w pewnych cierpieniach błony śluzowéj pęcherza wessanie odbywa się łatwiéj i prędzéj. (*Deutsch. med. Woch.* 1880, Nr. 49). *Dr. T. W.*

Prof. C. Westphal: **O związku między kiłą a uwiądem rdzenia pacierzowego.**

Na jak słabéj podstawie opiera się mniemanie dosyć rozpowszechnione o bliskim związku przyczynowym zachodzącym między kiłą a uwiądem rdzenia pacierzowego (*Tabes dorsualis*), dowodzą wyniki poszukiwań W. zestawione liczebnie obok spostrzeżeń innych autorów. Z pomiędzy 97 chorych na uwiąd rdzenia pacierzowego dwadzieścia dwa przypadki nie kwalifikowały się do statystyki z powodu niepewnéj lub prawie całkiem ujemnéj anamnezy, u pozostałych 75, umysłowo zupełnie zdrowych, wykazała anamneza

wrzód na częściach z.	bez następow. objawów	w 14 p.	= 18,6%
„ „ „	z objaw. wtórorzędn.	w 14 „	= 14,6%
wrzód wątpliwy	„ „	w 3 „	= 4 %
stanowczo nie było wrzodu	„	w 47 p.	= 62,6%

u wszystkich 97 chorych wykazało badanie
brak wszelkich objawów kiły w 94 przypadkach
obecność kiły w 1 przypadku
wątpliwe objawy w 2 przypadkach

W protokółach sekcyjnych na 16 badań pośmiertnych tj. u 5 kobiet a 11 mężczyzn, zanotowano tylko w jednym przypadku i to u mężczyzny blizny w gardle i na migdał-

kach, w jednym przypadku zmiany wątpliwe, we wszystkich innych nie wykazano w żadnym narządzie zmian kiłowych.

Zestawiwszy liczby Westphala z poszukiwaniem innych autorów okaże się, że

Westphal stwierdził	przebyty wrzód		w 33%
„ „	przebytą kiłę		w 14%
Erb u 73 tabetyków	„	„	w 64%
Carre stwierdził	„	„	w 20%
Topinard „	„	„	w 13%
Berger stwierdził w 145	przypadkach kiłę		w 20 %
Seeligmüller stw. w 56	„	„	w 10 %
Fournden „ w 30	„	„	w 80 %
Ferreol „ w 11	„	„	w 45,5%
Siredey „ w 10	„	„	w 80 %
Remak (z wykluczeniem wrzodu mięk.)			w 25 %
Bernhardt na 37 przypadków znalazł kiłę			w 21,6%

Ferry w 220 przypadkach uwiądu rdzenia pacierzowego wyśledził tylko w 18 kiłę, Eulenburg w 149 przypadkach tylko u jednego chorego. Rosenthal w 65 przypadkach także u jednego. Vulpian stwierdził z pomiędzy 20 tabetyków kiłę przynajmniéj u 15. Z powyższych liczb widzimy, że w przypadkach uwiądu rdzenia pacierzowego wykazano kiłę począwszy od 10% aż do 80%; tak wielka różnica poucza nas z jednéj strony, że nie można przyznać podobnéj statystytyce wartości naukowéj, z drugiéj strony, że nie ma żadnéj podstawy anatomicznéj do wyprowadzania związku przyczynowego między kiłą a uwiądem rdzenia. Również nie godzi się wnioskować o owym związku z leczenia przeciwkiłowego rtęciowo-jodowego, bo skutki tegoż wcale nie są świetne, a W. nie zna ani jednego przypadku, w którymby wyleczenie nastąpiło, zwolnienia zaś choroby przychodzą bez wszelkiego leczenia. Ponieważ jednak nie zawsze da się kiła, jako przyczyna choroby, stanowczo wykluczyć, jesteśmy, ze stanowiska praktycznego, poniekąd uprawnieni do użycia metody leczniczéj przeciwkiłowéj, tam gdzie organizm na to pozwoli i nie ma obawy, abyśmy energicznêm leczeniem przeciwkiłowêm mogli choremu zaszkodzić. (*Archiv f. Psychiatrie Bd. XI. Heft 1*). *Dr. T. W.*

Wiadomości pomniejsze.

Dr. Totenhoefer: O użyciu resorcynu w ostrym nieżycie żołądka i jelit u dzieci. W szpitalu dzieci w Berlinie podawano w roku zeszłym w przypadkach ostrego nieżytu żołądka i jelit resorcyn, przepisując na dzień 0,1—0,3 rzeczonego przetworu z 60,0 naparu rumiankowego. Sposób ten leczenia wykazał stosunkowo bardzo pomyślne wyniki, śmiertelność bowiem zmniejszyła się do połowy w porównaniu z latami poprzedniemi. Przetwór ten, od kilku lat dopiero znany, podobnym jest pod względem własności leczniczych do kwasu karbolowego, ma zapach właściwy i smak słodkawo-gorzki. Użycie jego w znaczeniu przeciwgnilném wskazaném jest na podstawie doświadczeń Andeera w chorobach błon śluzowych, wywołanych kiśnieniem, podrażnieniem przez żyjątka lub wreszcie gniciem. Przeciwwskazaném jest użycie jego w przypadkach nader silnego zapalenia błony śluzowéj żołądka. Resorcyn usuwa po kilkurazowém użyciu wymioty towarzyszące wszystkim formom powyższego cierpienia, nie wywołuje i nie zwiększa objawów zapadu, zmniejsza ilość wypróżnień, nie drażni i nie wywołuje tak szybko objawów zatrucia jak kwas karbolowy, dzieci znoszą go dobrze i zażywają chętnie bez przymieszek, przywraca on w końcu żołądkowi i jelitom utraconą własność wsysania. Wyniki te zachęciéby powinny do dalszych na têm polu doświadczeń. (*Breslauer ärztl. Zeitschr.* Nr. 24, 1880). *Rosner.*

Dr. Leo ogłasza rzadki przypadek pojawienia się płonicy po dwa razy u pięcioletniéj dziewczyny w przeciągu lat dwóch. W obu razach przebieg podobny, powikłania te same z błonicą i z zapaleniem nerek; nawet czas trwania choroby w obu razach jednaki. Ciekawym jest ten przypadek pod tym względem, że niesłychanie rzadkie są przypadki, gdzieby po dłuższym czasie, jak np. u owéj dziewczynki, choroba na nowo po roku powróciła, podczas gdy częściéj się zdarza, że bezpośrednio po złuszczeniu płonica na nowo występuje. (*Wien. Med. Blätter* Nr. 52, 1880). *Rosner.*

(T.W.) Przeciw męczącemu kaszlowi u suchotników zachwala Landouzy (*Progrès med.* Nr. 48) podskórne wstrzykiwania wody destylowanéj w okolicę podobojczykową lub na szyi a nawet w międzyżebrze. Chory oczywiście nie powinien wiedzieć, jakie lekarstwo mu się wstrzykuje, a dla têm pewniejszego zachowania tajemnicy można dodać do flaszeczki wody destylowanéj kilka kropel wody wawrzynośliwowéj.

(T.W.) Dr. Budberg (w *Corresp. f. schw. Aerzte*) poleca zastąpienie morfinu kodeinem we wszystkich przypadkach, w których chorzy nie znoszą morfinu albo téż gdzie dla wypełnienia wskazania potrzeba mniéj energicznego środka odurzającego. Kodein użyty w proszkach lub wstrzyknięty podskórnie w dawce 0,01 usuwa lub zmniejsza napady kaszlu na 4—5 godzin, choć różnego rodzaju bóle czy nerwowe lub zapalne, a nie wywołuje nigdy nudności i podrażnienia mózgowego.

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcyja lwowska Tow. lek. galic.

Posiedzenie XVII z dnia 17 kwietnia 1880.

Przewodniczący: Kol. Głowacki. Członków obecnych 18.

1) Odczytany protokół z poprzedniego posiedzenia przyjęto.

2) Kol Szeparowicz opisał następujący przypadek chirurgiczny: Wyrobnik kolejowy zmiażdżył sobie lewą nogę przy zesuwaniu wagonów a w chwili przybycia do szpitala były już objawy zgorzeliny w miejscu urazu, oraz brak czucia i oddziaływania. Odjęto mu udo według Heinego, t. j. wykonano tak zwaną *„amputatio transcondyloidea“*. Niezwykły przebieg choroby po téj amputacyi jest godnym uwagi. Dnia 16 grudnia przeszłego roku wykonano amputacyję, założono opatrunek Listera, który w 3 dni zmieniono. Po 6ciu dniach pojawiła się róża, dla tego zmieniano opatrunek częściéj, a dnia następnego powstał znaczny krwotok, który zatamowano uciskiem. Nazajutrz przesączyna z rany cuchnąca. W trzy dni po pierwszym krwotoku pojawił się drugi, i zmuszał do rozerwania zeszytéj rany w celu podwiązania tętnicy udowéj katgutem. Na nowy krwotok czekano tylko do dnia następnego a zapobieżono mu okłuciem krwawiącéj tętnicy. Podczas 10go opatrunku z powodu zatok w mięśniach zrobiono odpowiednie cięcia i wyjęto istotę ziarninową. Lecz oto nowe powikłanie: *Pleuritis sicca dextra* z rozwolnieniem, które razem z niedokrewnością po krwotokach czyniły stan chorego niebezpiecznym. Nie koniec na têm: w trzy tygodnie po pierwszym, krwotok był najznaczniejszy. Zatamponowano, a po wycięciu części miękkich podwiązano wyżéj tętnicę i żyły. Dnia następnego znów krwotok. Okłucie. Dnia 16 stycznia musiano wykonać drugą amputacyję (wysoką, płatową). Niedokrewność zatrważająca a w dodatku znów powikłanie. Zapalenie płuc po stronie lewéj, a w przeciągu tygodnia po prawéj, z pełzającym postępem. Leczenie: *analeptica, natrum salicylicum*. Naostatek dołączyło się obrzęknięcie nogi i ogólna puchlina po niedokrewności, lecz pomimo tych wszystkich niebezpiecznych po-

wikłań rana powoli się wygoiła. Co było powodem krwotoków? brak błony wewnętrznéj w tętnicy udowéj, o któréj pęknięciu przekonano się na wyciętym kawałku.

3) Tenże kolega okazał preparat patologiczny ścieśnionéj krtani z odleżyną, powstałą w skutek rozszerzania téjże stoczkami kauczukowemi Schröttera, namieniając zarazem o innych dwóch podobnych przypadkach. (Rzecz ta była umieszczoną w Przeglądzie Lek.).

4) Kol. Lech mówił o zakładzie kąpielowym w Pustomytach ze zdrojami siarczanemi, otwartym w tegorocznym sezonie kąpielowym.

5) Kol. Piasecki miał odczyt: „O kąpielach parowych i słoneczno powietrznych, namieniając zarazem o swoim zakładzie hydropatycznym w Zakopaném, mającym w swoim zakresie i ten sposób leczniczy“.

W czasach ogólnego postępu i udoskonalenia nie mogła także w tyle pozostać metoda leczenia nazwana hydroterapiją. W początkach używano wody przeważnie do leczenia w przypadkach chirurgicznych, późniéj poczęli lekarze zastosowywać dzielny ten środek także w leczeniu rozmaitych chorób wewnętrznych, mianowicie ostrych; nareszcie Priesnitz obmyślił różne formy zastosowywania wody, również i w leczeniu chorób przewłocznych. Z postępem czasu wzmogła się liczba środków leczniczych, gdy bowiem pierwotnie używając w hydryjatryce saméj tylko zimnéj wody, nazywano tę metodę po prostu zimną kuracyją, to już uczniowie i następcy Priesnitza poczęli używać wody zimnéj i ciepłéj. Następnie wykształceni lekarze poświęcali się zawodowo osobnym studyjom hydryjatryki i rozszerzyli zastosowanie wody, tak iż dziś w umiejętnie wydoskonalonéj téj metodzie używa się wody we wszystkich trzech postaciach skupienia. Wszystkie działania wodo lecznicze polegają na przemian na ogrzewaniu i ochładzaniu chorego ustroju. Im silniejsze było poprzednie ogrzanie ciała, tém dzielniejszy ma skutek zastosowane potém ochłodzenie. Ponieważ w chorobach ostrych i zapalnych chory przeważnie znajduje się w stanie gorączki, dla tego główném zadaniem lekarza jest chłodzenie ciała. Za to zaś w chorobach przewłocznych wskazane są procedury ogrzewające. W tych bowiem cierpieniach układ nerwowy chorego znajduje się mniéj albo więcéj w stanie otrętwienia, albo rozdrażnienia; tu więc poprzedza zabiegi lecznicze ogrzanie ustroju pacyjenta i tak niejako sztucznie tworzy sobie lekarz stan odpowiadający gorączce w chorobach ostrych, uważając gorączkę za objaw pośredniczący między chorobą a zdrowiem. Sposoby ogrzewania ciała są następujące: 1) Ruch i nacieranie, t. z. ogrzewanie organiczne, przeprowadzone systematycznie w gimnastyce leczniczéj. 2) Nagromadzenie własnéj ciepłoty za pomocą stósownego ubioru i otulenia, co w technice hydryjatrycznéj nazywa się zawinięciem. 3) Dostarczenie ciepła z zewnątrz, czy to od słońca, czy to od sztucznego źródła ciepłoty w postaci pary, ciepłéj wody, ogrzanego powietrza, lub też za pomocą ciepłego jadła i napojów. Kąpiele więc parowe, słoneczne i ciepło-powietrzne mają w składzie leczniczych zabiegów hydryjatrycznych to znaczenie, iż przygotowują skórę pacyjenta przez ogrzanie do mającéj się odbyć kąpieli w wodzie.

(Dokończenie nastąpi).

Sekcyja Żółkiewska Tow. lek. galicyjskiego

na posiedzeniu swém w listopadzie r. z. w Mostach Wielkich odbytém uchwaliła przenieść bióro sekcyi do Sokala; równocześnie wybrała prezesem sekcyi Dra A. Broniowskiego, lekarza powiatowego w Sokalu, zastępcą Dra A. Jakóbowicza z Karowa, sekretarzem naukowym Dr. W. Hryczkiewicza z Sokala, a sekretarzem administr. Dra L. Zarzyckiego z Sokala. Posiedzenie następne sekcyi odbędzie się w styczniu r. b. w Mostach Wielkich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie XVII zwyczajne z dnia 1 grudnia 1880.

Przewodniczący kol. Warschauer. Członków obecnych 18.

1) Po odczytaniu i przyjęciu protokółu z ostatniego posiedzenia przedłożył Przewodniczący wniosek kol. Prof. Blumenstoka: aby Towarzystwo lek. krak. zezwoliło ponownie na przekroczenie w roku bieżącym o jeden arkusz liczby arkuszy Przeglądu Lekarsk., z powodu, że nagromadziło się pod koniec roku kilka prac nie cierpiących zwłoki i że zalegają sprawozdania z prac obcych, które przez późne ogłoszenie tracą na wartości. Wniosek ten jednomyślnie przyjęto.

2) Na wniosek kol. Domańskiego postanowiono podziękować pisemnie Ministerstwu wojny Stanów Zjednoczonych za przesłanie tomu I. katalogu biblijoteki oddziału lekarskiego w tymże Ministerstwie.

3) Kol. Ponikło przedstawiając chorego z kurczowém stężeniem mięśni brzusznych, wyleczonego za pomocą apomorfinu, dołączył następujące uwagi:

Przypadek ten, ciekawy ze względu na wynik leczniczy, dotyczy chorego, obecnie już ozdrowieńca, leczonego w klinice lek. prof. Korczyńskiego. Chory ten był już na przedostatniém posiedzeniu Tow. przedstawiony przez prof. Domańskiego i okazywał wtedy wyraźny skurcz tężcowy mięśni prostych brzusznych (*spasmus tonicus musc. rectorum abdominis*), stale od 6ciu miesięcy się utrzymujący, rozwinięty na tle hysteryi. Skurcz ten nie dozwalał choremu trzymać się w pozycyi prostéj, lecz zmuszał go do przybierania przy chodzeniu pozycyi zgarbionéj skutkiem kompenzacyjnego wygięcia kręgosłupa ku tyłowi: wygięcie to tylko za użyciem znaczniejszéj siły i z bólem dało się częściowo wyrównać; nadto chory nasz tylko wsparty na dwu laskach z mozołem i trudem bardzo wolno mógł się przechadzać. Obecnie, jak sz. koledzy widzą, pacyjent jest zupełnie wolny od tego zboczenia, trzyma się zupełnie prosto i może się swobodnie o własnych siłach przechadzać, napięcia mięśni prostych, pierwéj tak dokładnie rysującego się na powłokach brzusznych, nie ma obecnie śladu.

Zgodnie z rozpoznaniem podawano choremu przez przeciąg 5ciu tygodni *kali bromatum* (10·00 na 200·00) 3 r. dz. po 2 łyżki, leczenie to jednak było zupełnie bezskuteczne. W dniu 22 listopada o g. 9éj rano wstrzyknięto choremu podskórnie w lewe ramię 12·5 miligr. chlorku apomorfinu. Dawka ta wydać się może nazbyt wysoką; poprzednio wszelakoż stwierdzoném zostało na innych chorych w klinice lek., iż przetwór, jaki mieliśmy pod ręką, może nieco rozłożony i ztąd słabiéj działający, dopiero w dawkach wyższych nad 0·01 należycie skutkował. W 2—3 minut po injekcyi nastąpiło wyraźne przyspieszenie tętna do 100 uderzeń, i równocześnie przyspieszenie ruchów oddechowych. Po upływie ośmiu minut nastąpiły silne wymioty powtarzające się kilkakrotnie w przeciągu kwadransa, przyczém chory znacznie osłabł, tętno spadło do 60ciu uderzeń i zmalało. Wtedy podano choremu 10 kropli eteru octowego w mleku, a po kilkunastu minutach wstrzyknięto podskórnie pół strzykawki czystego eteru. Pod wpływem leku tak silnie podniecającego stan ogólny rychło polepszył się, tętno wzmogło się, zwiększyło i stało się częstszém. Mniéj więcéj w godzinę po injekcyi chory wstał z łóżka i ku swemu zdumieniu przekonał się, że może się prosto utrzymać i o własnych siłach, zrazu wprawdzie dość trudno i z niepewnością, przechadzać. Badanie wykazało zupełne ustąpienie skurczu mięśni. Polecono choremu przechadzać się dla ćwiczenia dość często po sali chorych.

Ustąpienie skurczu mięśniowego było w naszym przypadku bezpośredniém następstwem wstrzyknięcia apomorfinu? Czy jesteśmy jednak upoważnieni odnieść takowe do działania leczniczego apomorfinu, lub biorąc wzgląd na tło chorobowe przypisać korzystny wynik ogólno psychicznemu wpływowi, wstrząśnieniu całego ustroju energiczném zadziałaniem apomorfinu? Ze względu na trwałość zboczenia byłbym skłonniejszym do przypisania apomorfinowi w tym przypadku działania specyjalnie leczniczego. Przypuszczenie to jest też w zupełnéj zgodzie ze skutkami fizyjologicznemi apomorfinu, nad którėmi już przed kilku laty obszerniéj zastanowił się Dr. Paszkowski (z kliniki lek. Prof. Korczyńskiego, rok 1875, str. 53). Pospolicie zowiemy apomorfin środkiem wymiotnym i jest on nim, w pełném tego słowa znaczeniu; działa jako taki pewnie, szybko i energicznie, lecz ze stanowiska więcéj umiejętnego wymiotne działanie apomorfinu jest tylko jedném ogniwem w szeregu skutków fizyjologicznych tego przetworu. Apomorfin działa na różne ośródki prócz ośrodka aktu wymiotnego. Między innemi stwierdzają doświadczenia fizyjologiczne Quehla (*L. Quehl, Ueber die physiologischen Wir-*

kungen des Apomorphins. Inaugural.-Dissert. Halle, 1872) i Harnacka (*Harnack. Archiv. für experiment. Pathol. u. Pharmacol.* 1874, str. 254) iż apomorfiu w małych dawkach ma własność zmniejszania pobudliwości mięśni prążkowanych, a w większych znosi takową w zupełności, że działanie to apomorfinu, aczkolwiek właściwe i innym środkom wymiotnym jak emetynowi (*Pécholier, Recherches expérimentales sur l'action de l'ipécacuanha,* Montpellier, 1862) i winnikowi wymiotnemu *(Buchheim u. Eisenmenger. Eckhardt's Beiträge,* t. 3 Giessen, 1869) w niższym stopniu, nie stoi w nierozerwalnym związku z działaniem wymiotnêm, gdyż właśnie w téj mierze, jak działanie wymiotne apomorfinu występuje słabo lub u zwierząt nie wracających, wybitniéj występuje wspomniany wpływ apomorfinu na mięśnie prążkowane (Harnack). W przypadku naszym skurcz mięśni tężcowy polegał w każdym razie na zwiększonéj pobudliwości mięśniowéj, która działaniem apomorfinu mogła być do prawidłowości zredukowaną.

W dyskusyi kol. Paszkowski powołuje się na uczynione przez siebie na przedostatniém posiedzeniu przypuszczenia, że skurcz mięśni brzusznych w tym przypadku jest objawem następowym, podczas gdy porażenie mięśni grzbietowych wyprężających jest objawem pierwotnym hysteryi i sądzi że nawet teraz po skuteczności apomorfinu, rzecz nie jest rozstrzygniętą i kol. Paszkowski obstaje przy swém rozpoznaniu. Przeciw temu zwraca uwagę kol. Ponikło na fakt, że w razie istniejącego porażenia mięśni grzbietowych musiałby wśród długiego trwania nastąpić zanik tychże mięśni.

4) W końcu wybrano Komisyję do sprawdzenia stanu kasy Tow. Lek. i Redakcyi Przegl. Lek., w skład której weszli: koll. Blatteis, Paszkowski i Kohn. *Dr. Wasylewski.*

V. Prawo o broczeniu krwi.

Przyczynek do historyi medycyny sądowéj.

(Dokończenie. Patrz Nr. 1).

Znaczenie prawa o broczeniu krwi jeden z pisarzy niemieckich 17go wieku tłumaczy w następujący sposób: „Nazywa się prawem o marach (*Bahrrecht),* ponieważ osoby podejrzane prowadzą do mar, na których leży zmarły, gdzie im się poważnie przedstawia podejrzenie i zbrodnię. Osoby te podejrzane obowiązane są przyłożyć palce swoje do pępka lub ran zabitego i powtórzyć pewne słowa: a jeżeli rana drga lub broczy, starają się wyśledzić prawdziwego sprawcę za pomocą téj skazówki cudownéj.“ Od Zacchiasza dowiadujemy się nadto, że w Niemczech był zwyczaj, iż zabitym bezpośrednio po znalezieniu ich odcinano duży palec razem z mięśniami przyległemi i takowy przechowywano przez dni 8—15. Jeżeli podejrzywano kogoś jako sprawcę zbrodni, umieszczano ów palec w jego pomieszkaniu i uważano, ażali palec nie broczy; co gdy miało miejsce, poddano podejrzanego torturom, które reszty dokonały. Według Andrzeja Libawiusza, zasłużonego reformatora chemii (1546—1616), nie tylko ręka wyschnięta zabitego, ale nawet i narzędzie, którém zbrodnia dokonaną została, zdolne są wypacać krew w przytomności zbrodniarza. Jeden z autorów 16go wieku (Schottel) podaje nawet, że zna przypadek, w którym ręka zabitego odcięta jeszcze po upływie lat 10 broczyła. A ponieważ przecież trudno było przechowywać członki odcięte przez dłuższy czas bez narażenia ich na znaczne zepsucie, więc w niektórych okolicach rękę odciętą gotowano w czystém naczyniu we wodzie i soli przez 3—4 godzin, poczém siedmiu asesorów sądowych zapieczętowało owo naczynie pieczęcią urzędową, a jeżeli ręka taka miała służyć jako *corpus delicti* w Sądzie, sprawdzano nasamprzód, czy pieczęć była nienaruszoną. — W ogóle prawnicy wielką wagę przywiązywali do téj próby. Tak np. Stryk, profesor w Frankfurcie w 2giéj połowie 17go wieku, poleca, aby badano głównie rysy twarzy i całe zachowanie się obwinionego, podczas gdy tenże trupa się dotknie. Inni równocześni prawnicy twierdzą, że pośród wszystkich sądów bożych zanależy chować próbę krwi, „ponieważ dużo przykładów za têm przemawia, że w niéj ręka boska bardziéj czuć się daje, aniżeli w innych,“ a jeszcze w r. 1710 Kayser zastanawia się nad nią, jako nad próbą uwagi godną (Temme, *Criminalbibliothek I, Hamburg 1867*).

Zachodzi pytanie, jak zapatrywali się na nią lekarze? Wiadomą jest rzeczą, że poprzednicy nasi byli bardzo konserwatywni; nie tylko przysięgali oni na słowa lekarskich mistrzów pierwszorzędnych, których zdania były dla nich pewnikami, ale poważali także w wysokim stopniu każdą znakomitość naukową nielekarską, liczyli się nawet ze sentencyjami filozofów i poetów, a przepisy kościoła i państwa już wcale były dla nich dogmatami nienaruszalnemi. Słowem byli oni dziećmi owych czasów, w których badanie samodzielne i krytykowanie poczytywane było za herezyję i nic dziwnego, że sami odznaczali się w prześladowaniu tych kolegów, którzy wystąpili jako reformatorowie nauki. Z drugiéj zaś strony uważali za stósowne zastanawiać się nad każdą kwestyją i badać ją w sposób scholastyczny; z mrówczą pilnością zapisywali folijanty, zestawiając wszystkie zdania za i przeciw, a szanując każde zdanie kusili się o sformułowanie swego zdania bez ubliżenia tamtym. Ztąd to pochodzi, że zapatrywania ich zdają się być niepewnemi, chwiejnemi, przypuszczającemi i inne tłumaczenie, a z téj chwiejności korzystali znów późniejsi, aby wypowiedzieć swoje, nieco odmienne, a znów chwiejne zdanie. Rzadko więc kwestyja jaka została rozstrzygnıętą szybko a stanowczo, lecz przez wieki czasem zaprzątała umysły uczonych. Takie koleje przebyła i nauka o broczeniu krwi, a sposób traktowania jéj ze strony lekarzy poznamy najlepiéj z Zachiasza, który jéj poświęca osobny rozdział w swojém wielkiém 3-tomowem dziele o medycynie sądowéj (*Lib. V, Tit. II, Quaest. VIII, de sanguine manante ab Occiso coram Occisore, de ejus veritate, ac de praesumptione inde deducta contra homicidii reum*).

Na samym wstępie Zacchiasz oświadcza się jako przeciwnik nauki o broczeniu krwi, nazywając ją „*suppositio seu impositio,*“ dodając, że w obec powszechnéj wiary zuchwałością wydawać się może powątpiewanie. Przedewszystkiém stwierdza, że pomiędzy zwolennikami téj próby liczne jeszcze zachodzą sprzeczności, a mianowicie: 1) Jedni twierdzą, że krew z ran zabitego w obecności zabójcy broczy jeszcze w kilka godzin po śmierci, drudzy termin ten przedłużają do kilku dni, a inni wreszcie żadnego terminu nie określają. 2) Zdaniem jednych krew broczy tylko z ran zabitego, zdaniem trzecich krew broczy także z tychże części zabójcy; inni wreszcie podają, że jednocześnie krew broczy z ran zabitego i z nosa zabójcy. 3) Co do sposobu wytryskiwania krwi twierdzą jedni, że krew strzyka w kierunku ku zabójcy, drudzy, że tylko ciecze. 4) Nie zgadzają się następnie autorowie, czy krew w każdym razie ciecze z ran, bez względu czy człowiek został zamordowany, zabity lub zginął tylko przypadkowo. 5) Są i tacy, którzy podają, że krew ciecze nie tylko w przytomności zbrodniarza, ale i w obecności krewnych, przyjaciół, a nawet takich, co litują się nad zabitym. 6) Wreszcie mniemają jedni, że krew ciecze tylko z ciał ludzi, zabitych narzędziem ostrém, podczas gdy drudzy przypuszczają, że krew puszcza się także u ludzi w inny

sposób zgładzonych, a więc i u uduszonych, utonionych, otrutych.

W obec tych sprzeczności Zacchiasz przypuszcza na chwilę „*facti veritatem*," aby módz zastanowić się nad tłumaczeniem tego faktu, przez autorów podaném. Otóż bardzo wielu, jeżeli nie wszyscy, zgadzają się na to, „*quod cadavere occisi servetur per aliquod tempus, nempe per horas octo, vel decem, vel ad summum viginti quatuor, calor et spiritus quidem inimicitiae, qui potens adhuc sit ad bilem commovendam, unde praesente occisore facto impetu ad sanguinem, is per vulnus in occisorem prosiliat.*" Inaczéj zapatrywał się na tę sprawę Libawiusz; przypuszczał on bowiem przeciwnie, „*quod occisore coram occisi cadavere praesente, ejus imaginatio valde commoveatur, et de ipso interfecto intense eo cogitante, spiritus facile ad interfectum directi inde vapores quosdam educant, cum quibus etiam sanguis prosiliat versus occisorem, unde spiritus illi deciduntur.*" Cóż dziwnego, że uczeni ówcześni darzyli się nawzajem przydomkiem „*omniscius*" (jak Lusitanus Zacchiasza), skoro wszystko wiedzieli i wszystko tłumaczyć umieli!

Zanim Zacchiasz wdaje się w krytykę tych tlumaczeń, stwierdza on naprzód, że starożytni o całéj téj sprawie nic nie wspominają, i uważa za potrzebne dowieść, że przytoczone przez autorów zdanie Platona: „*Animas interfectorum irasci interfectoribus,*" jakotéż wiersz Lukrecyjusza:

Emicat in partem sanguis, unde icimur ictu,
Et si comminus est, hostem ruber occupat humor

w żadnym związku nie pozostają ze sprawą w mowie będącą; co do wierszu Lukrecyjusza wykazuje nawet, że on się odnosi do ran miłosnych i jest treści sprośnéj.

Tlumaczenie zaś powstania krwotoku krytykuje w następujący sposób: Ów duch zawiści znachodzić się powinien nie tylko u ludzi, ale i u zwierząt, a przecież jeszcze nikt nie podał, jakoby w obec rzeźników miała ciec krew z ran zwierząt zabitych. Ale przypuściwszy, że zwierzęta nie mogą objawiać tego ducha zawiści, czy ktoś kiedy widział, aby ze zwłok ludzi straconych strzykała krew na kata? A jeżeli w stósunku pomiędzy katem a straconym nie objawia się duch zawiści, dlaczego istnieje on u dziecka zgładzonego przez własną matkę? dlaczego topielce broczą jeszcze w parę dni po śmierci w przytomności krewnych i przyjaciół? A jeżeli przypuścimy działanie ducha zawiści, musimy przypuścić, że trup posiada władzę rozpoznawczą, któraby krew zwróciła ku zabójcy, rozróżniała znalezienie się tegoż w pobliżu lub rozeznała krewnych i przyjaciół. Gdzież przesiaduje ta władza rozpoznawcza, jakiéj duszy ona jest władzą, skoro trup duszy zgoła jest pozbawiony? A jeżeli ten duch zawiści tak silnym jest w trupie, że krew wyrzuca i ją kieruje ku zabójcy, do czegożby dopiero był zdolny w człowieku żyjącym! Jednak krew nie wydobywa się z ust, oczu i nosa, jeżeli dwaj śmiertelni nieprzyjaciele spotykają się ze sobą; również w obecności napastnika nie ciecze krew z ran człowieka smiertelnie ranionego, dopóki jeszcze żyje. Czyż podobna przypuścić, aby duch ten zawiści był silniejszym w trupie, aniżeli w człowieku żyjącym, a zemstą pałającym? Nie ulega więc wątpliwości, że broczenie krwi nie odbywa się w sposób naturalny. Ale może w sposób nadprzyrodzony, cudowny? I tego Zacchiasz w danym przypadku nie przypuszcza, bo „*miracula sunt ad fidei corroborationem,*" a broczenie krwi ma przecież mieć miejsce i u niewiernych. A więc może dzieje się to dla sprawiedliwości? Jednak sprawiedliwość pragnie karcić wszystkie zbrodnie według ich doniosłości, a przecież są zbrodnie cięższe od zabójstwa, w których atoli cud nie objawia się. Gdyby broczenie krwi było cudownem, wtedy nie ograniczałoby się ono do czasu pewnego lub odległości, lecz odbywałoby się zawsze i choćby zabójca stał z daleka pomiędzy widzami. Twierdzą niektórzy, że krew ciecze za sprawą szatana; nie przypuszcza Zacchiasz i tego tłumaczenia, bo w jakim celu miał to sprawić szatan, czy może dlatego, aby winny ukarany został? Przeciwnie uważa autor broczenie krwi za rzecz całkiem naturalną i przypadkową: wszak codziennie widzimy krew broczącą z ust, nosa, a czasem i z uszu i oczu u ludzi zmarłych z apopleksyi, letargu, z chorób ostrych, zakaźnych lub z jakiéjś choroby, połączonéj z uduszeniem, a rzecz naturalna, że to się dzieje często w obecności przyjaciół i krewnych, bo oni najczęściéj znajdują się w bliskości trupa, a jeżeli to się dzieje w obecności zabójcy, to chyba przypadkiem, a nie przez jakąś antipatyję. Gdy więc i w obec niewinnych krew broczy, sędzia z broczenia krwi żadną miarą wnioskować nie może o czyjejś winie Kończy zaś rzecz następującemi słowy: „*Non tamen pertinaci animo negare in animum induxi meum omnem ejus rei realitatem, sed si ulterioribus, certioribusque experientiis, firmioribusque rationibus ea res innotescet, sententiam mutare paratus sum.*"

Tak pisał Zacchiasz. Jeżeli sobie przypomnimy, że sławny ten autor i zasłużony lekarz sądowy wcale nie był wolny od uprzedzeń swego czasu, że jako protomedyk państwa kościelnego musiał może być ostrożniejszym od innych w wypowiadaniu swoich zdań, to zaprawdę przyznać musimy, że tym razem dosyć stanowczo potępia uprzedzenie co do broczenia krwi. Zasługa to wielka Zacchiasza, tém większa, im więcéj grzechów ciąży na nim z powodu niektórych orzeczeń, a zwlaszcza z powodu orzeczenia z kolei XXII. Na wyspie Sycylii rodziły się często dzieci potworne o jednem oku, z ogonem itd., nic dziwnego, wszak według zapewnienia starożytnych poetów wyspa ta była ojczyzną Cyklopów. Otóż d. 26 grudnia 1635 r. żona złotnika w Messynie, która poprzednio już raz rodziła była dziecko o postaci oślej, rodziła znów dziecko do psa podobne. Tak ona jako i mąż jéj byli prawidłowo zbudowani, ona zaś obdarzona była silną imaginacyją i znakomicie była ciekawą. Otóż wyglądając raz z okna, widziała na ulicy spółkującego osła, a przypatrzywszy mu się uważnie wydała potém płód do niego podobny. Gdy późniéj z mężem spółkowała, a pies przypatrywał się aktowi, zaszedłszy w ciążę w 9tym miesiącu kilkakrotnie słyszała płód szczekający w swych wnętrznościach i w skutek tego zapowiedziała mężowi, że jest psem brzemienna. Lekarze sycylijscy orzekli, że płody te potworne mogą być następstwem zapatrzenia się i silnéj wyobraźni; Zacchiasz wyklucza wyobraźnię i wadliwość nasion, przypuszcza *commixtionem seminum diversae speciei*, że więc owa kobieta *suspecta est de nefando concubitu* (obcowania ze zwierzęciem lub szatanem) i że celem wykazania prawdy należy uciec się „*ad ulteriora*", to jest do tortur.

Jeżeli orzeczenie to porównamy ze zdaniem o próbie broczenia krwi, to nasuwa się koniecznie domysł, że Zacchiasz w kwestyi téj okazał się tak śmiałym i postępowym, ponieważ próba ta, tak jak późniéj nauka o pyromanii, była inwencyją niemiecką, a w ojczyznie jego włoskiéj nigdy silnych nie zapuściła korzeni. Jeżeli jednak uwzględnimy wpływ Zacchiasza, który był prawie nieograniczonym przez cały wiek następny, wtedy wypadałoby przypuścić, że nauka błędna, tak energicznie przez niego zwalczona, już nie znaj-

dzie zwolenników pomiędzy lekarzami, tak jak w naszém stuleciu runął przesąd o samogorze, gdy Liebig wykazał jego nicość. Tymczasem rzecz się miała przeciwnie. W sto lat po Zacchiaszu Alberti Michał w dziele swojém. „*Jurisprudentia medica*, Halae 1725“ pisze o próbie broczenia krwi co następuje: „*Secundum plurimorum consensum, me assentiente, hacc cruentatio dubium est experimentum et indicium, quemadmodum etiam inter ipsos adfirmantes et hoc signum admittentes quoad palmarias circumstantias magna occurrit discrepantia*“. A więc w pierwszéj połowie 18go wieku znakomity lekarz uważa tę próbę jeszcze za wątpliwą, ponieważ pomiędzy jéj zwolennikami zachodzi wielka sprzeczność co do ważnych okoliczności; niema więc odwagi potępić próby tak stanowczo, jak ją potępił Zacchiasz, a pochodzi to ztąd, że w Niemczech utrzymywała się ciągle, broniona przez prawników a słabo tylko zaczepiana przez lekarzy.

Próba broczenia krwi i jéj dlugie prosperowanie w Niemczech stanowi dalszy dowód, że mylném jest zdanie Haesera, jakoby od ogłoszenia ustawy karnéj Karola V. z r. 1532 rozpoczęło się umiejętne opracowanie medycyny sądowéj. Ustawa ta bowiem (w §. 149) nakazuje tylko oględziny trupa, zkąd jeszcze daleko do nacinania ran (*sectio vulnerum*), a jeszcze daléj do sekcyi zwłok (*sectio cadaveris*). Oględziny trupa przez Karola V. nakazane licowały wcale dobrze z próbą broczenia, polegającą także na oglądaniu, a co najwięcéj na dotykaniu się ręką, nie musiały więc rugować jéj z praktyki. Musiała ona ustąpić z widowni, odkąd sekcyje sądowe stały się powszechnemi i w Niemczech. Odkąd bowiem w sposób umiejętny zaczęto indagować trupa, cud stał się zbytecznym, a w sprawach czysto ziemskich przestano molestować niebo i piekło.

L. Blumenstok.

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu 50 (do 1 grudnia) ospa w Londynie więcéj się rozszerzyła. Leczyło się w szpitalach 368, świeżo zapadło 132, umarło 12. W Wiedniu umarło 20, w Budapeszcie 9, w Tryjeście 9, w Bukareszcie 3, w Paryżu 24, w Wenecyi 7, w Maladze 11, w Madrycie 36. Z duru osutkowego umarło w Madrycie 14, w Walencyi 6, w Petersburgu 3, w Saragossie 2. Z febry żółtéj umarło w Rio de Janeiro 3. W Krakowie umarło w tygodniu 51 (do 18 grudnia) 2 z ospy, 3 z płonicy, 1 z błonicy, 1 z duru osutkowego, a doniesiono w tymże czasie: o 2 przypadkach ospy, 1 ospianki, 4 odry, 9 płonicy, 3 krztuśca, 3 błonicy, 2 róży.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 50 umarło na 1000 mieszkańców i na rok w Krakowie 23,7; we Lwowie 30,6; w Warszawie 27,7; w Poznaniu 24,5; w Wiedniu 23,8; w Budapeszcie 29,8; w Pradze 30,5; w Tryjeście 32,8; w Berlinie 23,8; w Wrocławiu 28,1; w Gdańsku 22,3; w Dreźnie 21,2; w Lipsku 19,0; w Monachijum 25,1; w Genewie 17,0; w Brukseli 20,5; w Amsterdamie 2 ,0; w Paryżu 26,1; w Londynie 19,9; w Kopenhadze 21,0; w Stokholmie 28,7; w Chrystyjanii 18,7; w Petersburgu 37,7; w Odesie 29,3; w Wenecyi 26,6; w Bukareszcie 24,4; w Madrycie 39,6; w Barcelonie 23,6; w Lisabonie 31,1; w Aleksandryi 44,9; w Nowym Yorku 26,1; w Filadelfii 17,6; w Bombayu 28,0; w Madrasie 39,1.

J. B.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 5 stycznia. Otrzymaliśmy 1szy numer *Gazety Lekarskiéj*, wychodzącéj odtąd pod nową redakcyją. Oprócz artykułów oryginalnych na miejscu właściwém wyszczególnionych numer ten zawiera 2 sprawozdania, odcinek w kwestyi kodeksu etyki lekarskiéj i wiadomości bieżące. Format znów jak dawniéj in 8vo. Numer 1szy przedstawia się wcale ładnie. Pod względem słownictwa nowa Redakcyja nie różni się od dawnéj. Pragnęlibyśmy, aby raz przecież ustały różnice pomiędzy słownictwem warszawskiém a naszém, bo zaprawdę nie możemy się pochwalić zgodą, skoro tak zacięcie trwamy w uporze, przypominającym ową śmiertelną zawiść dwóch stróżów nocnych niemieckich o hasło: *Bewahrt das Licht* i *Verwahrt das Licht*. Żadne inne piśmiennictwo lekarskie nie przedstawia tego smutnego obrazu rozdwojenia pomiędzy kolegami, używającymi jednego i tego samego języka. Jakkolwiek znaczne bardzo zachodzą różnice pomiędzy narzeczami niemieckiemi, tak że Niemiec północny z pewnością południowego nie zrozumie dokładnie, to przecież wszyscy piszący po niemiecku używają jednéj i téj saméj nomenklatury. Nam tylko daném było, pisać tak, abyśmy się nawzajem nie rozumieli, a przecież trzeba tylko dobréj woli, aby rażącą tę sprzeczność usunąć. Przyznajmy tylko otwarcie, że *peccatum est intra et extra*, a od tego przyznania tylko krok będzie do poprawy skutecznéj. Nie wchodzimy w to, czy chemicy warszawscy lub krakowscy mieli słuszność w oznaczeniu płci alkaloidów, ale wiemy tylko tyle, że za grzech jednych z nich pokutujemy ciągle, skoro w Warszawie podają „do wewnątrz chininę,“ a my w Krakowie podajemy „wewnętrznie chinin.“ To samo tyczy się innych wyrazów, jak np. kończyna, niedokrwistość, pasożyt, wypadek, które znaleźliśmy w Nrze 1 *Gazety Lekarskiéj*, a zamiast których my piszemy: odnoga, niedokrewność, pasorzyt, przypadek. Nowością jest wyraz: rolki (krwi) zamiast ruloników, albo: prędzéj żółty, zamiast: raczéj żółty. Prawdziwie zaś potwornym jest wyraz: *Stärilizirung* (str. 20), o którym tylko nawiasowo wspominamy, ponieważ nie jest polskim, ale téż nie wiemy, jakiego języka jest własnością.

Pokładamy nadzieję w słowniku lekarskim, niezadługo pojawić się mającym, że potrafi pogodzić obydwa obozy; powodując się pragnieniem sprowadzenia téj zgody oświadczyliśmy się kilkakrotnie za przedłożeniem spisu wyrazów Towarzystwu lek. warszawskiemu i za jak najrozleglejszém uwzględnieniem zapatrywań onego. Może przecież niedalekim jest czas, w którym lekarze polscy przestaną pisać po warszawsku lub po krakowsku, a zaczną pisać po polsku. Do osiągnięcia tego celu, tak ważnego, powiedzielibyśmy niemal żywotnego, dla naszego piśmiennictwa, potrzeba dobréj woli z jednéj i drugiéj strony; poświęćmy miłość własną dla pięknéj mowy naszéj, abyśmy przestali być pośmiewiskiem dla nieżyczliwych nam, którzy ciągle wytykają, że nie mamy słownictwa wyrobionego, podczas gdy słownictwo nasze bez przesady mogłoby być najpiękniejszém w świecie. Otóż nowa Redakcyja mogłaby zaskarbić sobie wdzięczność piszących po polsku, gdyby wspólnie z nami do tego celu dążyć zechciała.

Po napisaniu słów powyższych otrzymaliśmy Nr. 1 *Medycyny*, w którym spotykamy się z obszernym artykułem Dr. Fritschego o słownictwie lekarskiém polskiém oraz z uwagami Redakcyi w kronice miejscowéj, tyczącemi się słownika krakowskiego. Z pierwszego artykułu dowiadujemy się, że w rękopiśmie słownika krakowskiego mają mieścić się wyrazy: wyziga zamiast mlecz pacierzowy, kirść lub giza zamiast biodro, glozna lub dobytka zam. łokieć, mizinny zam. palec mały, sprzączka zam. goleń, rząpiowy zam. ogonowy, rzemień zamiast skóra itp. Są to tylko synonimy, przejęte po największéj części ze słownika Kremera i Skobla, a podawane obok wyrazów utartych. Mimo to utrzymanie ich byłoby szkodliwém; mógłby się bowiem znaleść miłośnik puryzmu — a takich nie brak — któryby pisał np. „NN. okazuje sińce przebiegające od kirści do kości rząpiowéj, że w niektórych miejscach przyskórek oddzielony jest od rzemienia, że począwszy od glozny do mizynnego odnoga jest obrzmiałą i że chory uskarża się na ból w wyzidze“ — mielibyśmy wtedy pomięszanie babylońskie. Nie mało mieliśmy trudu, aby wyplenić gromla, łększy i podobne dziwolągi i dlatego spodziewamy się po zasłużonych autorach słownika, że wyrazy niepotrzebne usuną, aby praca ich żmudna znalazła jak największe rozpowszechnienie i uznanie, na jakie w istocie zasługuje.

* Na posiedzeniu dorocznem Tow. lek krak., w dniu dzisiejszym odbytém, po sprawozdaniach zwykłych i przemówieniu ustępującego prezesa Dra Warschauera, przyjęto jednogłośnie

zmiany statutu, przyczém wybrano na rok bieżący prezesem Dra Henryka Jordana, wiceprezesem prof. Dra Stanisława Domańskiego, członkami komisyi redakcyjnéj Przeglądu Lekar.: proff. Oettingera, Rydla, docenta Pareńskiego i Dra Wasylewskiego (członkami z ramienia Tow. lek. galicyjskiego wybrani zostali docent Grabowski i Dr. Kwaśnicki), redaktorem prof. Blumenstoka, sekretarzem dorocznym Dra Balickiego. Wreszcie wybrano delegatami do Rady zawiadowczéj Tow. lek. galic. Drów Krówczyńskiego, Szeparowicza we Lwowie, zaś delegatami na Walne Zgromadzenie tegoż Towarzystwa tych samych kolegów, a na ich zastępcę Dra Merunowicza we Lwowie.

Wiedeń. Komitet złożony z proff. Billrotha, Dittla, Stellwaga i Spätha proponuje na profesora kliniki chirurg. po Dumreicherze jedynego kandydata prof. Czernego, obecnie w Heidelbergu; dziekan zaś Wydziału prof. E. Hofmann przedstawia wotum mniejszości, proponując prof. Alberta z Insbruka.

* **Wiadomości osobowe.** Lekarzami batalijonowymi w randze lekarzy starszych a w stopniu poruczników mianowanymi zostali: Dr. Julijan Nałęcz Leszkiewicz-Olpiński w Tarnopolu, a Dr. Wincenty Świątek w Stanisławowie.

* **Nekrologija.** W Tryjeście umarł Dr. Comelli, profesor położnictwa w tamecznéj szkole dla położnych.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 25 i 26: Kobylińskiego: Re-in i transplantacyja zębów; Fabiana: O pylicach (dok.); w Nrze 1: Dunina: Wypadek niedokrwistości złośliwéj; Klinka: O zapaleniu szyjki pęcherza moczowego; Matlakowskiego: Obecne stanowisko metody Listerowskiéj. — W *Medycynie* Nr. 1: Rybickiego: Przypadek drgawek porodowych bez białkomoczu. — W *Kronice Lekarskiéj* Nr. 25: Belkego: Przyczynek do nauki o bąblicy (dok.)

Redakcyja otrzymała:

Prof. Dr. B. S. SCHULTZE (w Jenie). Lehrbuch der Hebammenkunst, 6te Auflage, m. 87 Holzschn. Leipzig, W. Engelmann, 1880, in 8vo str. 362. (Ocenę podaliśmy w Nrze 1).

Dr. WOLBERG: Nadel zur Nervennaht. (Osobne odbicie z „Centralbl. f. Chir." 1880, nr. 14).

Tenże: Penetrireude Kniegelenkwunde. (Osobne odbicie z „Berl. klin. Woch." 1880, nr. 47) in 8vo str. 6.

Kalendarz do użytku farmaceutów i chemików na rok 1881. Wydawnictwo Towarzystwa aptekarskiego. Rocznik czwarty. Lwów 1880.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

GAZETA LEKARSKA
Rok 1881.

Z dniem 1go Stycznia 1881 roku *Gazeta Lekarska* przechodzi na własność następujących lekarzy, którzy zarazem będą jéj stałymi współpracownikami: Anders L., Anders T., Chrostowski Br., Dunin T., Elsenberg A., Gajkiewicz Wł., Grosztern W., Hering T., Jasiński R., Jawdyński Fr., Klink E., Kondratowicz St., Korniłowicz E., Kramsztyk Z., Kwietniewski St., Matlakowski Wł., Modrzejewski E., Nencki L., Nussbaum H., Pawiński J., Peszke J., Przewoski E., Sokołowski A., Zera T.

Komitet redakcyjny stanowić będą: Dunin Teodor. Gajkiewicz Władysław, Hering Teodor, Klink Edward, Kondratowicz Stanisław, Matlakowski Władysław, Nussbaum Henryk, Przewoski Edward.

Redaktorem odpowiedzialnym będzie **Dr. Gajkiewicz Władysław**, wydawcą **Dr. Kondratowicz Stanisław.**

Warunki prenumeraty pozostają te same.
Adres Redaktora: Warszawa Marszałkowska 45.
Adres Wydawcy: Warszawa Marszałkowska 49.

Uprasza się o wczesne nadsyłanie prenumeraty i dokładnych adresów, w celu uniknienia zwłoki w odbiorze pisma.

Szczegółowy prospekt tyczący się kierunku i naukowéj strony pisma, niebawem ogłoszonym zostanie.

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego

W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja:
Ulica Podwale Nr. 84.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Boulv. Voltaire 180, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 15 stycznia 1881. № 3. Rok XX.

JUBILEUSZ DOKTORSKI JÓZEFA MAJERA.

Dnia 12go b. m. starożytna nasza *alma mater* obchodziła uroczystość rzadką, radosną a podniosłą wieńcząc jubileuszowym, półwiekowemi zasługami uświetnionym laurem sędziwą skroń jednego ze swych najznakomitszych wychowańców, mistrzów, dostojników i dobrodziejów, Józefa Majera, macierzy naszej jagiellońskiej chluby i ozdoby, jaśniejącej godnie obok wiekopomnych nazwisk: Macieja z Miechowa, Piotra z Poznania, Petrycych, Najmanowiczów, Śniadeckiego. Zna i poważa to imię każdy, komu nie obojętna oświata i nauka, a głównie w kim nie zagasła miłość kraju i języka ojczystego. Obok głośnego uznania, jakie temu mężowi winien uniwersytet, Kraków i kraj cały, Przegląd Lek. ma szczególne pobudki i tytuły do wzięcia udziału w złożonym lub jeszcze złożyć się mającym zasłużonym hołdzie. Zalicza Go bowiem z chlubą do swoich założycieli i troskliwych opiekunów, znakomite Jego pióro zdobiło nieraz tygodnika naszego kolumny i aż do chwili obecnej nie odmawia On swéj światłéj a wytrawnéj rady komisyi kończącéj właśnie mozolną swą pracę słownika lekarskiego.

Oprócz tych węzłów bezpośrednich łączą Go z nami liczne jeszcze pośrednie, że tylko wspomnimy o wychowaniu młodszego pokolenia naszych dzielnych spółpracowników, o skutecznéj zachęcie do badań i prac samodzielnych, do których od początku swojego zawodu publicznego nakłaniał, nawoływał i własnym przykładem zachęcał natchniony szlachetném pragnieniem, aby nietylko jednostki, ale cały naród wciągnąć w wielki powszechny ruch naukowy, aby go wydobyć z zaściankowego odosobnienia, wyrwać z ciasnych granic naśladownictwa, powtarzania i przekładów, a przez to, jak często z naciskiem oświadczał, zniewolić obcych do liczenia się z polskiemi płodami i do uwzględnienia z potrzeby naszego ojczystego piśmiennictwa.

Jakże przemilczeć o wyrobieniu spólnie z śp. Skoblem naszego języka naukowego? o doprowadzeniu go do tego rozwoju, że nim posługiwać się możemy swobodnie, dosadnie i ozdobnie i że temi przymiotami nie ustępuje on żadnemu innemu a niejeden jeszcze o wiele przewyższa. Bronił téż czcigodny Jubilat téj drogiéj spuścizny literalnie piersiami swojemi, któremi ją wygłaszał z porywającą wymową i z nie małém poświęceniem osobistéj korzyści.

Ależ mimowolnie pohamować się winniśmy w wyliczaniu i uwydatnianiu wiekopomnych dzieł i zasług naszego mistrza, aby nas ten zapęd nie uniósł poza skromny zamiar wplecenia w ten odnowiony a bujnie rozrosły wieniec doktorski kilku niezwiędłych listków niewygasłéj wdzięczności i serdecznego spółczucia, do których zniewoliły nas również niezrównane zalety charakteru: prostota i skromność wierna sobie zawsze mimo zaszczytów, dostojeństw i odznaczeń, grzeczna uprzejmość dla pokolenia młodszego, wyrozumiałość i pobłażliwość dla wszystkich a nawet i dla przeciwników a zawsze i wszędzie niezłomna prawość w słowie i czynie i szczere zamiłowanie tego, co zacne, dobre i piękne.

Spełniamy na tém miejscu słodki obowiązek wynurzenia w naszém a zapewne i naszych spółpracowników i czytelników imieniu wysokiej czci i dozgonnéj wdzięczności dla drogiego nam Jubilata, tudzież gorących życzeń, aby Tenże odtąd jako *Doctor renovatus* z czerstwém zdrowiem, z właściwą sobie rzeźwością, pogodą i bystrością umysłu długo jeszcze świecił nam żywym przykładem wielkich swych cnót publicznych i prywatnych a zamykamy proste a serdeczne nasze powinszowanie zwięzłemi słowy Rzymianina: *Vale, fave et nos ut amas, ama!*

I. Reinfectio syphilitica.

Napisał Dr. Ż. Krówczyński we Lwowie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 2).

Jeszcze łatwiéj pojmiemy. w jaki sposób reinfekcyja nastąpiła, jeśli przyjmiemy zapatrywanie H. Buchnera (*Uiber die Wirkungen der Spaltpilze im lebenden Körper*) co do przyczyny czyniącéj niepodobném powtórne pojawienie się chorób infekcyjnych. Zdaniem tego autora, dzielnego obrońcy i zwolennika teoryi pasorzytowéj, nie należy szukać przyczyny w jakości zmiany ustroju, lecz w tkaninie, względnie narządzie, w którym choroba infekcyjna się objawia. Przyczyną więc iż ospa dwukrotnie się nie pojawia, jest zmiana górnéj warstwy skóry, w któréj lokalizuje się choroba i przyrzut rozmnaża, a dopóki ta zmiana istnieje, dopóty, pomimo dostania się jadu ospowego do obiegu krwi, choroba powtórnie rozwinąć się nie może. Szczepienie działa zdaniem jego w ten sam sposób, przeobrażając górną warstwę tkaniny skórnéj, która przez tę zmianę właśnie chroni od ospy prawdziwéj. Nader ważną rzeczą jest, zdaniem mojém, zjawisko bardzo widoczne w kile, że choroby infekcyjne są właściwie cierpieniami pewnéj grupy narządów, a nie całego ustroju. Z biegiem czasu utarło się wyrażenie, że choroby infekcyjne są zakażeniem krwi, a mimo woli przywiązujemy do tego, jak sądzę, niewłaściwe, znaczenie, przypuszczając, że proces chorobowy przedewszystkiém we krwi się odbywa. Tymczasem, przynajmniéj co do kiły, jest bardzo prawdopodobném, że we krwi nie odbywa się proces chorobowy, ale że krew jest tylko przenośnikiem przyrzutu. Na innéme miejscu (Syfilidologia drukująca się) starałem się udowodnić, że w kile cierpią owe narządy, które współudział biorą w wytwarzaniu się krwi, względnie białych ciałek. a mianowicie: narząd limfatyczny, śledziona i szpik kostny, a prócz tego cierpi cały układ tkanki łącznéj, w któréj utkaniu lokalizują się objawy chorobowe. Jeżeli więc przypuścimy, że tkanka łączna jest jeszcze przeobrażoną pod wpływem przyrzutu kiłowego, to pojmiemy, iż sztuczne szczepienie przyrzutu i narażanie się na zaszczepienie jego przez spółkowanie pozostanie bez skutku; gdy atoli przeobrażenie w tkance łącznéj ustąpiło a tkanka łączna wróciła do prawidłowego stanu, a przy tém narząd limfatyczny jest w stanie korzystnym dla rozmnożenia się przyrzutu, w takim razie po jednorazowém przebyciu kiły można po raz wtóry w chorobę zapaść. Może jednak spotkać nas zarzut, że posiłkujemy się przypuszczeniami zwolenników teoryi pasorzytowéj, nie będąc jéj gorącymi zwolennikami co do kiły. Tutaj wypada mi więc z konieczności przedstawić, że możemy sobie wyobrazić zakażenie kiłowe bez posiłkowania się pasorzytami. Z największą słusznością podnoszą zwolennicy teoryi pasorzytowéj to zjawisko, iż rozradzania się fermentu w przyrodzie nie napotykamy, a tylko rozradzaniem się przyrzutu można wytłumaczyć objawy chorób infekcyjnych. Gdyby ono było możliwém, natenczas równie usprawiedliwioną i prawdopodobną byłaby teoryja fermentów, tak jak nią jest teoryja pasorzytowa, właśnie dla tego, że o rozmnażaniu pasorzytów w przyjaznych warunkach nikt nie wątpi. Rozchodzi się więc o udowodnienie, że rozradzanie się fermentu jest możliwém i stwierdzenie, że ono się rzeczywiście zdarza w naturze. Kwestyję tę rozwięzuje Virchow w rozprawie wywołanéj poszukiwaniami Klebsa, zwalczając przypuszczenia Bealego, dotyczące tak zwanych bioplasmatów, które tenże badacz utworzył właśnie dla wytłumaczenia zjawiska rozradzania się przyrzutów. Virchow mówi: „mimo to można utworzyć przypuszczenie, zbliżone do mniemania Bealego a dla którego o analogiję nie trudno. Przypuśćmy np., że jadu kiłowego nie tworzy grzybek, lecz że tworzy go jakiś pierwiastek chemiczny, który dostawszy się do ustroju drażni komórki utkania; wówczas pierwszym objawem drażnienia będzie wytwarzanie się nowych komórek w utkaniu, jak to rzeczywiście się dzieje i każdéj chwili udowodnić można. Jeżeli w tém utkaniu stwierdzimy rozmnożenie się jadu, to możnaby przypuścić, że przez wprowadzenie przyrzutu do komórek utkania wywołano w nich nie tylko zmianę, wywołującą wytwarzanie się komórek, ale równocześnie metaboliczną zmianę pewnych składników, któréj następstwem jest rozmnażanie się przyrzutu połączone z rozradzaniem się komórek. Jad ten mógłby być wydzielany przez komórki, albo powstawać przez rozpad komórek zmienionych. Za ostatniém przypuszczeniem przemawiałaby okoliczność, oparta na doświadczeniu, a zgodna z dawniejszemi poglądami, że rozpadowe twory kiłowin (*gummöse Massen*) mają własność zarażania. W takiém przypuszczeniu zajmują miejsce grzybków komórki tkanin, zamiast komórek roślinnych wstawiamy komórki zwierzęce itd.“

Zastósujmy to przypuszczenie wyraźniéj do zakażenia kiłowego, a zobaczymy, że ono tłumaczy dokładnie zjawiska w kile spostrzegane. Oto przyrzut kiłowy dostaje się do obnażenia skóry, powstałego przy spółkowaniu; dostawszy się do utkania tkanki łącznéj, w któréj znajduje korzystne warunki, wywołuje stan podrażnienia, którego następstwem jest rozradzanie komórek tkanki łącznéj. Komórki te jednak pod wpływem przyrzutu ulegają zmianie, wpływającéj znowu na to, że nowo powstające komórki są przez przyrzut zmienione. Z tkanki łącznéj dostają się one drogą naczyń limfatycznych i krwionośnych do gruczołów limfatycznych i tutaj znajdują bardzo przyjazne warunki, rozradza się przyrzut, wywołując metaboliczną przemianę w białych ciałkach krwi, w gruczołach powstających. Równocześnie w miejscu wejścia jadu wytwarza się pierwotny objaw, którego charakterystyczne stwardnienie tworzy klejodajna istota wydzielona przez zmienione komórki tkanki łącznéj, a w tymże czasie gruczoły limfatyczne, najbliżéj pierwotnego objawu kiły ułożone, zwolna ulegają zmianie, skutkiem któréj po kilku lub kilkunastu dniach od chwili wytworzenia się pierwotnego objawu przedstawiają gruczoły znane własności obrzęku kiłowego. Ze zmienionych gruczołów dostaje się przyrzut za pośrednictwem naczyń limfatycznych i krwionośnych do ogólnego obiegu krwi, a ztąd tak do odległych gruczołów limfatycznych, jakoteż do śledziony i szpiku kostnego, jedném słowem do owych narządów, w których powstają ciałka białe krwi. Gdy wreszcie przyrzut w dostatecznéj ilości się rozmnoży, występują objawy ogólnego zakażenia w postaci wysypek i zmian na błonach śluzowych, które są dowodem przeobrażeń odbywających się w utkaniu tkanki łącznéj. Zanim jednak wytworzy się pierwotny objaw kiły, pojawi się obrzęk gruczołów limfatycznych, a wreszcie zmiany ogólne, odbywa się najpierw w miejscu wejścia jadu walka o byt między pierwocinami tkaniny łącznéj a przyrzutem, a dopóki energija pierwszéj, przy pomocy fizyjologicznych czynności, działa przeciw wpływowi przyrzutu, dopóty nie spostrzegamy żadnych zmian. Wreszcie już to z powodu utraty energii tkaniny, już téż z powodu większego nagromadzenia się przyrzutu, ulega w téj walce tkanina prawidłowa i sprawa koń-

czy się wytworzeniem pierwotnego objawu. Niewątpliwie przed wytworzeniem się pierwotnego objawu dostają się przeobrażone komórki tkanki łącznéj do gruczołów limfatycznych, najbliżéj ułożonych i tutaj powtarza się ta sama walka, o któréj zakończeniu świadczy obrzęk gruczołów, wywołany przez nagromadzenie się i rozmnożenie przyrzutu, względnie ciałek białych krwi. Nie będziemy się silili na wykazanie, że za pomocą powyższego przypuszczenia można wiele innych zjawisk zakażenia kiłowego wytłumaczyć, a to co dotąd przytoczyliśmy, wystarcza do udowodnienia, że bez teoryi pasorzytowéj kiłę wyobrazić sobie można i że przypuszczeniu teoryi fermentów nic nie stoi na przeszkodzie. Zachodzi tylko pytanie, czy w naturze spotykamy takie przeobrażenia ciałek białych, jakie im przypisujemy. Na to odpowiedź łatwa: sam proces zapalenia, to zjawisko codzienne, potwierdza, że pod wpływem jego tak białe ciałka krwi, jakotéż komórki tkanki łącznéj, zamieniają się w ciałka ropne, podczas gdy w prawidłowych warunkach powstają z nich już to ciałka czerwone krwi, już téż to tkanka łączna. Jeżeli więc zapalenie zmienia ciałka białe i komórki tkanki łącznéj, dla czegożby ferment kiłowy nie mógł zmieniać tych komórek? Po tém, co dotąd przytoczyliśmy, możemy powiedzieć, że obie teoryje są równie prawdopodobne. Które jednak przypuszczenie co do kiły jest prawdziwe, o tém dzisiaj nie mamy prawa wyrokować, a przyczyną, że teoryja pasorzytowa ma więcej zwolenników, jest niezawodnie ta okoliczność, iż ona tłumaczy na pozór łatwiéj zjawiska w chorobach infekcyjnych spostrzegane. Nie przecząc, że pasorzyty wywołują niektóre choroby zakaźne, mamy prawo powtórzyć za Hillerem odnośnie do chorób infekcyjnych, że w przyszłości należy poszukiwać, które choroby infekcyjne grzybki wywołują czyli powstają przy udziale pasorzytów i które chemicznym fermentom zawdzięczają swe powstanie.

Na początku wspomnieliśmy, że właściwie tylko te przypadki z całą słusznością za infekcyję uważać należy, w których niewątpliwie dwukrotnie po objawach pierwotnych stwierdzono zmiany ogólnéj kiły. Ściśle postępując nie mamy prawa przypadek niżéj opisany uważać za infekcyję, podajemy go jednak z tego względu, że z wielu powodów na to zasługuje. A przedewszystkiém opierając się na tym przypadku możemy zawyrokować o wartości wycinań pierwotnych objawów, rękoczynie mającym na celu usunięcie kiły a przynajmniéj złagodzenie przypadków zakażenia. Jak wiadomo, myśl wycinań wrzodów kiłowych, powtórnie przez Auspitza podniesiona, ma swoich obrońców i przeciwników. Na inném miejscu (*Kronika Lekarska* Nr. 7 i 8 r. 1880), starałem się wykazać, co przemawia na korzyść przeciwników i co przytaczają zwolennicy wycinań na swoją obronę, a ze zbioru wręcz przeciwnych zdań i z własnego doświadczenia wysnułem wniosek, iż prawdopodobném jest, że wycinanie jest korzystne i tém korzystniejsze, im wcześniéj go dokonano, a jest ono dla tego korzystném, ponieważ zmniejsza ilość przyrzutu, od którego jakość objawów ogólnych zależy. Ponieważ przypadek, który opisać pragnę, potwierdza moje zdanie, przeto w krótkości takowy przytaczam.

Dnia 17 listopada 1878 zgłosił się do mnie chory K. A., mężczyzna dobrze zbudowany l. 38, blondyn, który według podania nigdy nie chorował i pochodzi z rodziców zupełnie zdrowych i dotąd żyjących. Szczegóły dotyczące obecnego cierpienia podał jak następuje. Ostatni raz spółkował d. 1 listopada, a przedostatni raz na tydzień przedtém. Już w kilka dni po ostatniém spółkowaniu spostrzegł, że nadżerek powstały w miejscu utraconego więzadełka nieznacznie się powiększał. Gdy rozmiary jego z każdym dniem się wzmagały postanowił zgłosić się do lekarza, a w chwili odwidzenia mnie stwierdziłem, w miejscu utraconego więzadełka, owrzodzenie bardzo powierzchowne, skąpą wydzieliną ropiasto-wodnistą pokryte, którego dno zupełnie równe, a podstawa wyraźnie chrząstkowata, postać owrzodzenia zupełnie regularna i nieco podłużna w kierunku długości prącia, brzegi równe mało wzniesione nad powierzchnię otoczenia, a wielkość przenosi rozmiary dużego przeciętego grochu. W obu pachwinach gruczoły limfatyczne miernie powiększone, największy wielkości małego grochu, twarde, niebolesne, przesuwalne. Będąc przekonany, że owrzodzenie jest pierwotnym objawem kiłowym, zaproponowałem choremu wycięcie owrzodzenia, co też z kol. Dr. Gostyńskim d. 24/11 wykonaliśmy. Przebieg gojenia się był pomyślny, w połowie bowiem przez zrost rana się zabliźniła, a druga połowa, tj. bliżéj napletka stale odwiedzionego położona, zagoiła się przez ropienie. W tymże czasie obrzęk gruczołów pachwinowych wcale się nie powiększył, a dopiero 4 grudnia stwierdzono u podstawy niezupełnie zagojonéj rany stwardnienie. Równocześnie spostrzegłem na wewnętrznéj powierzchni uda lewego czyrak powstający, a w następstwie tego zwiększyły się gruczoły w pachwinie lewéj, a wreszcie utworzyły rozlany naciek, w prawéj pachwinie natomiast gruczoły wcale się nie zmieniły. 11 grudnia nie znaleziono żadnych zmian w gruczołach karkowych i barkowych, stan wewnętrznych narządów zupełnie prawidłowy, poniżéj rany zupełnie zagojonéj, ale zawsze z podstawą stwardniałą, kilka pęcherzyków liszaja w grupie ułożonych. 19 grudnia stwardnienie nieco mniejsze, a zresztą stan niezmieniony; 27 grudnia spostrzegłem jeszcze wyraźniejsze zmniejszenie się stwardnienia, które dopiero pod koniec stycznia (23) 1879 r. zupełnie ustąpiło. W miejscu wycięcia linearna blizna; gruczoły w prawéj pachwinie niezmienione, w lewéj tworzą one wał rozlany, niebolesny, a z każdym dniem się zmniejszający, który podczas silnego ropienia czyraka był znacznie większy i bolesny, zmian ogólnych ani śladu. Odtąd badałem co najmniéj raz na miesiąc chorego i żadnych nie spostrzegłem przypadków, któreby do kiły odnieść można. W obec chorego zachowywałem się zupełnie biernie, a tylko częste kąpiele ciepłe, dwa razy na tydzień brane, były jedynym zabiegiem leczniczym. Po raz ostatni widziałem pacyjenta 11 grudnia 1879, a nie stwierdziwszy żadnych zmian kiłowego zakażenia uwolniłem go z prośbą o odwidzenie mnie w razie okazania się podejrzanych objawów. Daremnie wyczekiwałem go do 28 października 1880. W tymże dniu zjawił się u mnie znowu z owrzodzeniem na górnéj powierzchni prącia, tuż przed wzgórkiem łonowym i nieco więcéj ku lewéj stronie ułożoném. O powstaniu owrzodzenia podał następujące daty: spółkował dnia 6, 7 i 8 października; po ostatniém spółkowaniu zaraz na drugi dzień dostrzegł, że go coś drażni i drapał to miejsce, w którém późniéj wytworzyło się owrzodzenie. Po drapaniu ciągle się ranka zwiększała, a w chwili przyjęcia pacyjenta stwierdziłem wrzód wielkości franka, o cechach wspólnych pierwotnemu objawowi, i gruczoły w lewéj pachwinie bardzo silnie powiększone, twarde i niebolesne; w prawéj pachwinie obrzęk gruczołowy znacznie mniejszy. Czysto miejscowe leczenie wywołało ten skutek, że do 10 listopada wrzód się zupełnie zabliźnił. Dnia tego nie znalazłem jeszcze ani obrzęku gruczołów karkowych

ani barkowych, ani żadnych zmian na skórze. 3 grudnia okazało się kilka grudek na obu dłoniach, a 15 grudnia bardzo obfita wysypka plamista na całém ciele obok grudek łuszczących się na dłoniach i obrzęku gruczołów tak karkowych jakoteż barkowych.

Opisany przypadek zasługuje w wielu względach na szczegółowy rozbiór, a przedewszystkiém dla tego, że zmiany ogólnego zakażenia poprzedziły dwukrotne owrzodzenia, uznane jako pierwotne objawy kiły. Nikt nie może wątpić, że owrzodzenie, z którém pacyjent zgłosił się dnia 28 października, było pierwotnym objawem kiłowym, a potwierdzają to ogólne objawy, które w odpowiednim okresie wystąpiły. Zachodzi tylko pytanie, czy owrzodzenie wycięte 21 listopada 1878 było pierwotnym objawem kiły? Na korzyść rozpoznania przemawiają cechy owrzodzenia i obrzęku gruczołów, daléj przebieg po wycięciu, a mianowicie stwardnienie, które do rany się dołączyło i dłuższy czas się utrzymywało. Nie sprzeciwia się temu rozpoznaniu okres wylęgania się choroby, ale p o z o r n i e najsilniéj popiera rozpoznanie konfrontacyja, a względnie stwierdzenie kiły u prostytutki, z którą chory ostatni raz spółkował. Konfrontacyi dokonano w tydzień po wycięciu owrzodzenia i przekonano się, że prostytutka miała nacieki szyszkowinowe na wargach sromnych i na obrzękłych migdałkach. Użyliśmy wyrazu: p o z o r n i e, bo z anamnezy wypływa, że nie wiemy, czy owrzodzenie powstało skutkiem spółkowania d. 1 listopada, lub w tydzień przedtém; zresztą gdyby nawet chory spółkował tylko d. 1 listopada, to jeszcze wówczas powątpiewanie byłoby usprawiedliwione, bo można przecież wyobrazić sobie powstanie zwykłego owrzodzenia po spółkowaniu z kobietą, dotkniętą przypadami ogólnéj kiły, jak wiadomo bowiem niekaźdy spółkujący z kiłową musi popaść w chorobę. Przyznajemy, że tłumaczenie to, iż po spółkowaniu z kiłową powstało tylko owrzodzenie zwykłe, jest sztuczne, a zupełnie usprawiedliwione i prawdopodobne było mniemanie, że powstał pierwotny objaw kiły, zaczém równocześnie postać owrzodzenia przemawia. Wiadomo, że postać owrzodzenia nie ma nic wyłącznie właściwego pierwotnemu objawowi kiły, coby nie było możliwém w owrzodzeniach niekiłowych, że stwardnienie owrzodzeń stwierdzić można często tam, gdzie kiły nie było i nie ma, i że dla tego właśnie w wyjątkowych przypadkach rozstrzygają zmiany ogólnéj kiły o jakości cierpienia. W przytoczonym przypadku nie stwierdzono objawów ogólnéj kiły i przypisywano to zdarzenie wycięciu owrzodzenia, a stwierdzono zmiany ogólnego zakażenia po owrzodzeniu, które 28 października 1880 za pierwotny objaw uznano. Wierni zasadzie, że należy uważać reinfekcyję w tych przypadkach, w których niezawodnie przekonano się o istnieniu przypadów ogólnéj kiły po każdym pierwotnym objawie, nie możemy stanowczo orzekać, czy w danym przypadku była reinfekcyja, chociaż za nią wiele przemawia, a uciekanie się do sztucznego tłumaczenia co do powstania i znaczenia wyciętego owrzodzenia, usprawiedliwia przedewszystkiém ta okoliczność, iż w przeciwnym razie, tj. jeżeli uznamy owrzodzenie wycięte jako pierwotny objaw kiły, byłby to j e d y n y p r z y p a d e k powtórnego powstania wrzodu kiłowego po wycięciu pierwotnego objawu kiły. Nie potrzebuję dodawać, jak doniosłe wnioski możnaby z opisanego przypadku wysnuć nie tylko co do sposobu powstawania kiły i jéj szerzenia się w organizmie, ale i co do wartości leczenia za pomocą wycinań, gdyby z niezbitą pewnością można było orzec, że w danym przypadku wycięto pierwotny objaw kiły, a co wówczas dopiero orzec będzie można, gdy choć jedno podobne ogłoszenie będzie znaném.

II. Naukowy rozbiór przypadku: *„Haematokele cum putrescentia locali, Emphysema subcut. lat. d. sine septicaemia. Hydrokele lat. sin.“*

(Rzecz wyłożona na posiedzeniu Sekcyi lwowskiéj Tow. lek. gal. dnia 18go grudnia 1880).

Napisał **Dr. Jan Szeparowicz**
prymaryjusz szpit. powsz. we Lwowie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 2).

Czyniąc zadość przyjętemu na się zobowiązaniu zdałem kolegom sprawę z dalszego przebiegu i wyniku niniejszego przypadku na posiedzeniu naszéj Sekcyi dnia 18go grudnia, przyczém rozwinęła się dyskusyja nad 2gim i 3cim z wyżéj przytoczonych punktów, które na pierwszém posiedzeniu nie zostały załatwione z powodu niezgodności kolegów co do pierwszego punktu, a mianowicie: ponieważ rozkładowa istota rozedmy podskórnéj nie ulegała teraz już żadnéj wątpliwości, należało rozstrzygnąć najprzód pytanie: 1) czy ów rozkład był dowolny lub pozostawał w przyczynowym związku z ostatniém nakłuciem? a następnie 2) dla czego ów rozkład tak długo był ściśle umiejscowionym i co dało powód do nagłéj zmiany na gorsze po tak długim okresie spokoju.

Moje zdanie w téj mierze, które miałem zaszczyt wyłożyć zgromadzonym kolegom, jest takie:

Co do pierwszego pytania: Najnaturalniejszą rzeczą jest przypuścić, że przy ostatniéj punkcyi dostało się trochę powietrza do worka jądrowego, a co gorsza dostał się i przyrzut bądź z powodu nieczystego przyrządu, użytego do nakłucia, bądź z powodu nieczystych rąk operującego, następnie, że pod wpływem tego ostatniego szkodliwego czynnika reść worka mosznowego uległa rozkładowi, do którego właśnie krew tak przydatnym jest materyjałem. Przypuszczenie dowolnego rozkładu krwi, jakkolwiek ma swoje uzasadnienie w kazuistyce, w tym przypadku nie ma podstawy. K o c h e r przytacza w swéj monografii (*Billroth-Pitha Lehrb. d. Chir. „Krankh. des Hodens etc.* str. 150) przypadek Allina ogłoszony w *Americ. Journ. of med. sciences.*, w którym haematokele spontanea u mężczyzny 38 lat liczącego datowała się od 15 lat i przez cały czas, aż na 3 tygodnie przed nakłuciem, przedstawiała obrzęk wielkości jabłka, poczém nagle przez jednę noc, bez wiadomego powodu, zwiększyła się do wielkości serca wołowego, a przez punkcyję wypróżniono płyn czokoladowy, skrzepy włóknikowe, z obfitą ilością bezwonnych gazów, po 4 dniach ponowne napełnienie, uskuteczniono cięcie, tym razem wyprowadzono dużo cuchnących gazów; na dnie worka była ropa; w końcu nastąpiła śmierć przez zapalenie tkanki łącznéj. W rocznikach Schmidta znalazłem w 20tym tomie przypadek opisany przez Dra S c h e n k a: Przed 3 laty miała być zwyczajna hydrokele, która w 2 lata późniéj zamieniła się na haematokele, na dnie któréj po rozcięciu znaleziono torbiel napełniony krwią skrzepłą, która miała być „bliską rozkładu“. Ten przypadek jest niejasny, albowiem zgoła nie widać z opisu, co autor rozumiał przez „bliską rozkładu“? czy był rozkład lub nie? W przypadku

Allina, jakkolwiek gazy powstały dowolnie, gdyż żaden rękoczyn nie poprzedzał, nie były one atoli cuchnące, a zamieniły się one na takie dopiero pod wpływem uskutecznionego rękoczynu. Z tego powodu analogija między tym przypadkiem a moim jest tylko pozorną.

Przystępuję do drugiego pytania: dla czego rozkład był przez tak długi czas umiejscowiony? pytanie to ważne, a oraz trudniejsze do rozwiązania. Według mego zdania rzecz ta da się tak wytłumaczyć: Pierwotną siedzibą rozkładu była jama worka mosznowego; jaki zaś jest wygląd anatomiczny takiego worka w zastarzałych przypadkach hydro- lub haematokele, wie każdy chirurg z licznych odnośnych przypadków spostrzeganych przy operacyjach, a dokładny opis znajdzie Czytelnik w monografii Kochera (l. c. str. 137—145). Tu namienię tylko tyle, że w przypadkach zastarzałych téj kategoryi ściany worka bywają częstokroć $1\frac{1}{2}$ cm. grube, zewnętrzne warstwy bywają zamienione w zbitą, w naczynia krwionośne skąpo zaopatrzoną tkaninę o cechach zbitéj tkanki łącznéj, w wewnętrznych zaś bardziéj jednolitych dla braku odżywienia przeważnie zmiany wsteczne (stłuszczenie, zwapnienie itd.). Dla braku naczyń krwionośnych jakoteż dla braku naczyń chłoniczych już têm samêm sprawa wessania w takich workach jest albo zgoła żadną, lub tylko nader słabą! Zasługuje na uwagę, że w takich mosznach tylko w świeżych przypadkach naczynia krwionośne bywają liczne, tak że przedstawiają cienką błonę ciemno czerwoną dającą się poniekąd od zewnętrznych warstw oddzielić, która jednak w miarę trwania choroby coraz bardziéj twardnieje i traci barwę. Do wymienionego braku warunków wessania w zastarzałych takich workach przystępuje drugi czynnik bardzo ważny, który w niniejszym przypadku miał miejsce, a mianowicie brak ucisku, który według Huetera (*Billroth-Pitha Lehrb. d. Chir. „die septicämischen Fieber“* str. 32) odgrywa główną rolę w sprawie wessania; w niniejszym przypadku worek był tylko lekko napełniony, moszna były obwisłe. Tak więc należy wytłumaczyć brak współcierpienia organizmu czyli brak posocznicy w niniejszym przypadku ze strony moszen, w których wnętrzu tak zabójcza sprawa była już od długiego czasu w wysokim stopniu rozwiniętą! Atoli jak należy wytłumaczyć ten brak posocznicy ze strony tkanki łącznéj? Nie inaczéj, jak tylko w ten sposób, że w téjże właściwe zapalenie gnilne aż do ostatnich kilku dni nie miało miejsca. Już w opisie choroby położyłem nacisk na to, że mimo najskrupulatniejszego badania tkanki łącznéj podskórnéj nie dało się nic więcéj wyczuć jak tylko trzeszczenie, stanowiące przypad rozedmy podskórnéj; z tego zaś wysnuwa się sam przez się taki wniosek naukowy, że rozedma tkanki łącznéj, mimo rozkładowéj natury gazów, nie jest źródłem posocznicy, czyli: że właściwy zarodek zapalno- i gorączkotwórczy w posocznicy nie jest natury lotnéj lecz stałéj; inaczéj w obec tego, że przez tyle tygodni gazy rozkładowe wypełniały przestwory tkanki łącznéj w niniejszym przypadku, jakoteż w obec tego, że tkanka łączna posiada w nader wysokim stopniu warunki przyjazne wessaniu, (albowiem jéj przestwory są według dziś dominującego zdania w fizyjologii początkiem systemu naczyń chłoniczych), musiałaby była sprawa posocznicza w niniejszym przypadku tak miejscowo jakoteż ogólnie szybko się rozwinąć. Wprawdzie co do natury przyrzutu w posocznicy, a mianowicie że tenże nie jest ciałem lotnêm lecz stałêm, nie ma już więcéj w najnowszych czasach wątpliwości (Hueter l. c. str. 7 do 19: „Experimentelles“ lub tego samego autora *„Grundriss der Chirurgie“ I Hälfte* 1880, str. 225), mimo to jednak ośmieliłem się zwrócić uwagę szan. Czytelników na tę naukową stronę przypadku, albowiem żadne doświadczenie sztucznie w tym kierunku uskutecznione nie jest tak czyste ani tak przekonywające jak właśnie to moje spostrzeżenie i równie téż rzadko ma się sposobność w praktyce spostrzegać tak czyste przypadki w téj mierze jak niniejszy. Do podobnych doświadczeń w chirurgii należą przypadki stosunkowo dość często spostrzegane, w których po cięciach z powodu nacieków posokowatych sprawa miejscowa i ogólna ogranicza się, mimo że cięcia uskuteczniane bywają tylko w obrębie samych nacieków a nie sięgają po za nie w obręb rozedmy; tak np. w przypadkach nacieków moczowych. Atoli w tych przypadkach brak takiéj odrębności ścisłéj między naciekiem zawierającym właściwy zarazek gnilny a czystemi gazami rozkładowemi jak w przypadku, który jest przedmiotem niniejszéj rozprawki. Nasuwa się nam następnie pytanie, którą drogą dostały się gazy rozkładowe tak oddzielnie od płynów rozkładowych do tkanki łącznéj? Wbrew mojemu zdaniu przed zgromadzeniem Kolegów wygłoszonemu, a które poniżéj wyszczególnię, utrzymywał szan. radca Biesiadecki, a z nim niektórzy inni koledzy, że sprawa postępowała w tym przypadku jak zazwyczaj w innych *per contiguitatem*, że więc przedewszystkiêm uległy rozpadowi wewnętrzne warstwy worka, potêm, a mianowicie pod koniec naszéj obserwacyi, zewnętrzne; że sprawa była umiejscowioną dopóki była ograniczoną do samych moszen i dopiero po zniszczeniu zewnętrznych jego warstw, a têm samêm po przejściu na sąsiednią tkankę łączną, uzyskała warunki wessania, i stała się chorobą ogólną. Mimo znakomitéj powagi naszego mistrza ośmielam się pozostać przy swojêm zdaniu, z takiêm tłumaczeniem toku choroby w niniejszym przypadku niezgodnêm, a które objawiłem przed wygłoszeniem innych, a mianowicie: otwór w worku jądrowym, pozostały po nakłuciu, a którego ślad znaleziono przy operacyi, zdaje mi się być jedyną drogą, którą sprawa posuwała się od wnętrza worka na zewnątrz, gdyż z przypuszczeniem téj drogi zgadzają się wszystkie spostrzegane właściwości. Zanim to wykażę, muszę namienić, że taki otwór mógł tak długo pozostać jako taki, gdyż raz brakuje tak zastarzałym workom jądrowym owéj sprężystości i skurczliwości, która zaciera wszelkie ślady po punkcyjach, a powtóre ponieważ ten otwór, skutkiem wyżéj określonych cech zastarzałego worka jądrowego, nie był jak to zwykle bywa przy nakłuciach rozsunięciem włókien, któreby się miały po usunięciu przyrządu napowrót zbiedz, lecz był to po prostu prawdziwy ubyt, który musiałby być wypełniony nową tkaniną. Otóż przez ten ubyt była droga otwarta dla lotnych części, to jest dla gazów rozkładowych, wytwarzających się w worku jądrowym, płynne nie występowały; raz ponieważ otwór był mały, a powtóre ucisk wewnątrz worka był nieznaczny; płyny osadzały się według prawideł fizyki u dołu, a względnie w tylnéj części według postawy chorego, gazy zaś u góry, a względnie z przodu, a zatêm zawsze w obrębie wymienionego otworu; przybytek ucisku wśród worka, powstający w miarę wytwarzających się gazów, wyciskał gazy po za worek. Przeciw zdaniu szan. radcy Biesiadeckiego przemawia ta okoliczność, że rozedma podskórna, która zawierała właśnie lotne cząstki sprawy rozkładowéj, już na wiele tygodni poprzedzała tak miejscowy naciek posokowaty tkanki łącznéj, jakoteż wybuch posocznicy jako choroby ogólnéj; ównież przemawia przeciw takiemu tłumaczeniu przebiegu

choroby i ta okoliczność, zaznaczona w opisie choroby, że zewnętrzne warstwy worka były przy operacyi jeszcze całe, i nic dziwnego, wiadomo bowiem, jak długo i uporczywie opierają się rozpadowi tkaniny z kategoryi zbitéj tkanki łącznéj (np. ścięgna). Chcąc z tą ostatnią okolicznością pogodzić tłumaczenie szan. radcy Biesiadeckiego, należałoby chyba przypuścić, że przez całe jeszcze zewnętrzne warstwy worka odbywała się dyfuzyja gazów, że więc te wyprzedziły naciek tkanki łącznéj i wybuch posocznicy. Atoli grubość i zbitość ścian worka jądrowego, a mianowicie pozostałych jego zewnętrznych warstw, a zatém niezdolność tegoż do dyfuzyi, sprzeciwia się takiemu przypuszczeniu. Sądzę więc, że moje tłumaczenie, to jest przypuszczenie otworu z nakłucia jako jedynéj drogi, po któréj łączność między tkanką łączną a wnętrzem worka była utrzymywaną, ma najwięcéj prawdopodobieństwa i jest najprościejszém, nie zaś zbyt hipotetycznem, jak go się podobało nazwać jednemu z kolegów. Jeszcze i tę okoliczność muszę na poparcie mojego tłumaczenia podnieść, a którą w moim ustnym wykładzie przepomniałem zaznaczyć, to jest, że przy operacyi stwierdzono naciek posokowaty i zgorzelinę tkanki łącznéj na przedniéj i bocznéj powierzchni moszen, a zatém w najbliższém otoczeniu otworu z nakłucia, podczas gdy na tylnéj powierzchni miała miejsce tylko czysta rozedma.

Pozostaje mi jeszcze odpowiedzieć na ostatnie pytanie, a mianowicie: co sprawiło tak nagłą zmianę na gorsze w stanie chorego, mimo że sprawa *per contiguum* postępując miała jeszcze dość znaczną przegrodę między tkanką łączną a właściwém ogniskiem rozkładu? Może być że i to moje tłumaczenie wydawać się będzie zbyt hypotetycznem, lecz nie mogę zataić mego przekonania, że nasze zbyt dokładne badanie, ugniatania, wstrząśnienia moszen itd. wycisnęły po prostu wraz z gazami i płyny rozkładowe przez otworek worka jądrowego i wcisnęły iskrę do materyjału palnego! Odstęp między wybuchem ogólnéj choroby a naszém badaniem, poprawianém codziennie przezemnie i moich kolegów pomocników w szpitalu, licuje dobrze z takiém przypuszczeniem. Z ubolewaniem nakoniec przypada mi dopełnić miary własnego oskarżenia przez wyznanie, że straciłem chorego przez wyczekiwanie, jakkolwiek tém ostatniém uczyniłem tylko zadość propozycyi kolegów w celu obserwowania przebiegu, a tém samém zakwestyjonowanéj natury rozedmy podskórnéj. Żywię to przekonanie, że można było chorego bardzo łatwo wyratować, gdyby się było nacięcia natychmiast uskuteczniło, dopóki części rozkładowe zakaźne były zamknięte w worku jądrowym. Wprawdzie podobny przypadek Allina zakończył się śmiercią mimo wcześnie wykonanego rękoczynu i ja także w mojéj praktyce szpitalnéj podobne mam doświadczenie, że mimo wcześnie, bo na drugi dzień, uskutecznionego rękoczynu po nakłuciu próbném, po którém nastąpił rozkład gnilny, nastąpiła śmierć, — atoli dziś przy metodzie Listera można liczyć z większém prawdopodobieństwém (a według Ultra-Listerianów z pewnością) na pomyślny wynik, skoro zadanie doraźnego i doszczętnego zdesinfekcyjonowania ogniska zakaźnego może być uskutecznione, a ten to właśnie warunek jest względem worków odosobnionych łatwo, względem tkanki łącznéj zaś w sprawach rozlanych bardzo trudno lub zgoła niewykonalny.

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. Fraentzel: **Ciężkie przypadki duru brzusznego niezwykle szybko przebiegające bez gorączki albo tylko z małą gorączką.**

„Nie masz duru brzusznego bez gorączki“, mówi Griesinger; jeszcze daléj idzie Wunderlich twierdząc, że choroba, w któréj ciepłota wieczorna nie wzniesie się między 4ym a 6ym dniem do 39,5°C., nie jest durem brzusznym. Opierając się na licznych przypadkach duru brzusznego podczas wojny francusko-pruskiéj obserwowanych, na spostrzeżeniach długoletnich w różnych epidemijach poczynionych, dochodzi F. do innych wniosków. Wielokrotnie (do 50 przypadków) miał autor sposobność obserwować zupełny dur brzuszny z bardzo tylko nieznacznem podniesieniem ciepłoty (najwyższa 38,5°C), rzedziéj już całkiem bezgorączkowy, a objawy były nadzwyczaj gwałtowne, wysypka bardzo obfita, nieżyt oskrzeli silny, zejście wreszcie bardzo często niepomyślne, w którym to razie sekcyja wykazywała zmiany odpowiednie durowi brzusznemu. Jako praktyczne wskazówki podaje: zwracanie większéj uwagi na tego rodzaju chorych lekko gorączkujących ze względu na możliwą ucieczkę, lub inne z braku nadzoru mogące wyniknąć następstwa, na potrzebę gorszego rokowania, śmiertelność bowiem w tych właśnie wypadkach jest bardzo znaczna czy to w skutek samego pierwotnego cierpienia czy dołączającéj się zgorzeli odnóg, a wreszcie na tę ważną okoliczność kładzie autor nacisk, że nie sama gorączka w durze brzusznym jest najbliższą przyczyną zejścia śmiertelnego, że zatém podawanie środków przeciwgorączkowych jako takich nie wiele na korzystny przebieg może wpłynąć. (*Zeitschrift für klin. Med. II. 2*). *Dr. K. Bossowski.*

Prof. Maas: **Przyczynek do etyjologii nowotworów.**

Według teoryi Cohnheima powstają nowotwory na tle nieprawidłowego, już w życiu płodowém istniejącego, a zatém wrodzonego, zarodka. Teoryja ta ma wielu zwolenników, do nich należy także M., który, opisując przypadek wrodzonego mięsaka zajmującego u 9cio-miesięcznego chłopca przestrzeń od 2go do 7go żebra i całą pachę po lewéj stronie klatki piersiowéj, zestawia przy sposobności wszystkie nowotwory wrodzone, które operował od marca 1877 do października 1880 u dzieci; i na podstawie własnych jak i wielu obcych spostrzeżeń przyznaje jéj ze względów czysto praktycznych pierwszeństwo przed innemi. I tak z ogólnéj liczby 277 nowotworów przez ten czas obserwowanych i leczonych w klinice w Freiburgu przypada na dzieci do 10go roku życia dwadzieścia sześć najrozmaitszych nowotworów, które powstały bez żadnéj przyczyny i odnieść się dały do pierwszych dni lub miesięcy życia, zarówno jak dwa przypadki nowotworów u osób starszych, które wzrastały bezpośrednio z wrodzonego zarodka. Zaledwo w czterech przypadkach raka (z ogólnéj liczby 104) podano za przyczynę uraz, o innéj przyczynie jak zakażenie, wpływy odżywcze, nerwowe, umysłowe itp. nigdy nie było mowy.

Na 111 złośliwych nowotworów nerek, zebranych w literaturze przez Rohrera, 35 przypadków dotyczyło dzieci niżéj 10 lat, M. zebrał w literaturze 91 przypadków nowotworów

nerek u dzieci, z tych 3 u noworodków, 12 u dzieci niżéj jednego roku, 15 u dzieci niżéj dwóch lat, a 16 u dzieci do trzech lat. W obec tych liczb słabną zarzuty czynione teoryi Cohnheima, zwłaszcza gdy Zahn wykazał doświadczalnie, że wszystkie tkanki wcielone w organizm szybko znikają a części płodowe daléj rosną. A co się tyczy urazu jako wpływu przyczynowego, sądzi M., że uraz bywa nierzadko pobudką do wzrostu płodowych zarodków, nigdy atoli nie wywołuje bujania i rozrostu nowotwórczego w komórkach prawidłowych. Aby zaś wytłumaczyć sobie powstawanie niewielkiéj liczby nowotworów bezpośrednio po urazie, przypuścić wypada albo że komórki w ogólności u indywiduum dotkniętego urazem nieprawidłowo oddziaływają na bodziec, jakim jest trauma, albo też że tylko komórki w ograniczoném przez uraz dotkniętém miejscu tę własność posiadają. Przeciw pierwszemu przypuszczeniu przemawia fakt, że u jednéj i téj saméj osoby, w obec licznych i w wielu miejscach otrzymanych w życiu urazów, tylko na jednem miejscu wyrasta nowotwór, za drugiém przypuszczeniem przemawia szereg dowodów popierających teoryję Cohnheima.

Teoryja ta ma także ważną praktyczną doniosłość o tyle, że będąc jéj zwolennikami będziemy się w danym razie starali nowotwór na drodze operacyjnéj co prędzéj z organizmu wydalić, nie tracąc czasu na daremnych próbach leczenia czy sposobem Wutzera, czy Benekego, czy za pomocą Condurango lub terpentyną. (O tej ostatniéj orzekł komitet wyznaczony z łona Middlesex-Hospital na podstawie rozległych doświadczeń, że przeciw rakowi jest zupełnie bezskuteczną. Przyp. Sprawozd.) (*Berl. klin. Woch.* 1880, Nr. 47).

Dr. T. W.

Wiadomości pomniejsze.

(T.W). **Mączka skrobiowa z kwasem salicylowym** w następujący przez Dra Kerscha (*Memorab. 10)* podany sposób przyrządzona ma być o wiele skuteczniejszą na wyprysk (*Eczema*) od pudru przez mechaniczne zmięszanie mączki z kwasem salicylowym wyrabianego: Mączkę skrobiową wsypuje się do flaszki napełnionéj 2% rozczynem wyskokowym kwasu salicylowego w takiéj ilości, aby tworzący się osad mączki na szerokość dłoni niżéj powierzchni płynu we flaszce się znajdował. Po kilkakrotném potrząsaniu flaszką i dokładném wymięszaniu a późniéj osadzeniu się zupełném skrobi na dnie naczynia, odlewamy wyskok, wyciskamy i cedzimy osad przez szmatkę z gęstego muślinu, suszymy pozostałe ciasto a po roztarciu parujemy w ciepłocie 80° C. Badanie mikroskopowe takiego pudru wykazuje, że prawie każda kuleczka skrobi otoczona jest kryształkami kwasu salicylowego a więc, że zmięszanie jest bardzo dokładne. Po obmyciu miejsc cierpiących skóry letnim rozczynem kwasu karbolowego i szarém mydłem posypuje się je powyższym pudrem, co z początku tylko lekkie sprawia pieczenie.

(T.W). **Sposoby leczenia i przepisy lekarskie używane w klinice Prof. Widerhofera w Wiedniu.** 1. Leczenie niestrawności. Jeżeli wydzielanie soku żołądkowego odbywa się w nieprawidłowy sposób, czy to pod względem jakościowym czy też ilościowym, należy oprócz uregulowania pokarmu wzniecić sztuczne trawienie za pomocą kwasu solnego i pepsyny. W tym celu podaje się dziecięciu kilka razy dziennie przed jedzeniem po 1.05—0.10 pepsyny Wittego z Rostoku, zaraz potém łyżeczkę rozczynu *Acid. muriat. dil. guttas 10 ad aq. destill. 150.00* a następnie podaje się pierś albo pożywienie; skutek takiego lekowania prawie w każdym przypadku jest pomyślny a nawet u starszych dzieci z przewlekłym nieżytem żołądka i kiszek podawany przed jedzeniem przywraca apetyt i poprawia przez to odżywienie.

W razie zatkania stolca i nagromadzenia w przewodzie pokarmowym niestrawionych skrzepów mleka albo potraw skrobiowatych należy starać się o wypróżnienie podając kilka razy dziennie *Pulv. Rhei.* po 0.05—0.10 albo *Magnes, ust.* lub *Magn. calcinated. anglic.* lub wreszcie proszek z *Pulv. radd. Rhei. ch. Magn. ust. Elaeosacch. foenic pp. aeq.* kilka razy dziennie na koniec noża.

Leki gorzkie powiększają wydzielanie śliny i soku żołądkowego, zarazem mogą być uważane jako środki wstrzymujące kiśnienie, dlatego przepisy: *Tinct. Cascarill. guttas 20 ad aq. destill. 50.00 Syr. simpl. 5.0* albo w proszku *Tinct Cascarill., Tinct. Ratanh. āā guttas 20 Elaeosacch. macid, Sacch. lact. āā 5.00 fiat pulv., stet usque ad evapor. spirit. S.* Podawać na koniec noża, albo *Tinct. nuc. vomic. guttas 2 ad aq. dest. 70.0* albo *tinct Rhei Darelli guttas 5* kilka razy dziennie w łyżeczce wody, w powszechném znajdują się użyciu.

(T.W.) W Towarzystwie lekarzy niemieckich w Pradze podał Dr. Epstein do wiadomości, że używa z bardzo pomyślnym skutkiem u dzieci ssących przeciw nieżytowi żołądkokiszkowemu sondy żołądkowéj. Wychodząc bowiem z założenia, że treść w żołądku rozkładająca się drażni ściany żołądka, wywołuje wymioty a dostawszy się do kiszek nieżyt połączony z biegunką, stara się co prędzéj treść szkodliwą ze żołądka wydalić i rzeczywiście w 25 przypadkach u dzieci ssących, nawet kilkatygodniowych, przepłókując żołądek za pomocą sondy wodą letnią lub rozczynem węglanu sodowego, widział zawsze natychmiastowe ustanie wymiotów i biegunki, polepszenie trawienia, tudzież przybywanie dziecka na wadze. Z dalszych doświadczeń, któremi E. jest zajęty, będzie można wyprowadzić, według jego zdania, dokładniejsze wskazania do użycia sondy żołądkowéj.

IV. Listy z Wiednia.

1.

Słuchacze obcokrajowi. — Asystenci i uczennice akuszeryi. — Katedry i posada prymaryjusza opróżnione. — Legat Dra Remicha. — Pilokarpin w dyfteryi. — Resekcyja jelita grubego przez Weinlechnera. — Ks. Karol Teodor bawarski.

Od dawna już Wiedeń nie zgromadził tyle obcokrajowców, przybyłych dla studyjów lekarskich, co w tym roku. Z pośród wszystkich narodowości najliczniéj jest przedstawioną, jak zwykle, Ameryka. Ogólna liczba doktorów, z obcych krajów przybyłych do stolicy rakuskiéj przeniesie z pewnością 350 osób. Tak znaczna liczba obcokrajowców przybyłych z dość znacznemi zapasami pieniężnemi i z zamiarem dłuższego pobytu nie jest bez wpływu na dobrobyt mieszkańców, szczególnie przedmieścia Josephstadt. Najwięcéj jednak radzi są temu wielkiemu napływowi cudzoziemców panowie asystenci różnych klinik i docenci prywatni. Każą sobie oni niemało płacić za kilkotygodniowe kursy, nie starając się jednak po największéj części nauczyć czegoś w stosunku do żądanego wynagrodzenia. Wstęp do klinik bez opłacenia się asystentom prawie niemożebny, a przynajmniéj bezkorzystny. Nie będę się rozwodził nad takiém postępowaniem z doktorami medycyny, bo ci wybierając się do Wiednia powinni być przygotowani na to; nie mogę jednak milczeniem pominąć postępowania asystentów względem uczennic akuszeryi. Od biednych tych kobiet żądają oni po 50 fl. za kurs, nieuwzględniając żadnych tłumaczeń niemo-

żebnością złożenia tak wysokiéj opłaty. Słusznie téż bardzo *W. allg. med. Ztg.*, w jednym z ostatnich numerów, skarciła takie postępowanie i zwróciła na nie uwagę władz.

Sprawą, ogólne budzącą zajęcie w tutejszym świecie lekarskim, jest obsadzenie 3 ważnych katedr, opróżnionych przez ustąpienie profesora Sigmunda i przez śmierć Hebry i Dumreichera. Niewiadomo jeszcze, kto obejmie te tak ważne katedry i zastąpi specyjalistów. Na jedném z ostatnich posiedzeń Wydziału lek. komisyja, delegowana do zastanowienia się nad obsadzeniem katedry dermatologii, uczyniła trzy wnioski: 1) Katedra dermatologii ma być zajętą przez profesora nadzwyczajnego. 2) Płaca do téj posady przywiązana wynosić będzie 2500 fl. i 700 fl. dodatku służbowego rocznie. 3) Jako kandydata komisyja przedstawiła dotychczasowego zastępcę Hebry prof. Kaposiego. Wydział znaczną większością przyjął dwa pierwsze wnioski, trzeci zaś odrzucił większością 11 głosów przeciw 10. Odrzucenie ostatniego wniosku motywowano podobno koniecznością zasilenia Wydziału nową jaką zagraniczną znakomitością, aby zapobiedz wcześnie blednącéj już gwieździe tutejszego Wydziału. Co do obsadzenia katedry chirurgii, to ministeryjum zażądało przedstawienia sobie trzech kandydatów. Najwięcéj prawdopodobieństwa ma powołanie prof. Alberta, reprezentanta kierunku Dumreichera w chirurgii. Niektóre dzienniki tutejsze występują silnie przeciw téj kandydaturze, wynajdując różne zarzuty, z których głównym jest narodowość czeska kandydata. O obsadzeniu katedry po profesorze Sigmundzie jeszcze dotąd nic niesłychać. Ministeryjum nie zażądało jeszcze dotąd przedstawienia sobie kandydatów. Zastępcą dotychczasowym jest prof. Zeissl.

Równocześnie z powyższemi katedrami wakuje posada prymaryjusza oddziału chirurgicznego w szpitalu powszechnym. Na posadę tę przedstawiło Namiestnictwo za zgodą Rady zdrowia trzech kandydatów: prof. Alberta z Insbruka, asystenta Nicoladoniego, obecnego zastępcę śp. Dumreichera, i Dra Redtenbachera.

Zmarły tutaj w tych dniach Dr. Romich, specyjalista dla chorób odnóg dolnych, zapisał znaczny majątek (dwa duże domy i 150 tysięcy fl. w akcyjach kolejowych) na wystawienie dwóch szpitali dla chorych na nogi. Jeden z tych szpitali ma stanąć w Wiedniu, drugi mniejszy w Austryi Górnéj, w miejscu urodzenia fundatora. Wykonawcą testamentu, obejmującego przeszło 30 stron in fol., jest wiedeńskie Kolegijum lekarzy.

W klinice prof. Widerhofera odbywają się obecnie doświadczenia z pilokarpinem, tak gorąco polecanym w dyfteryi przez Dra Guttmanna ze Szląska Pruskiego. Dotychczasowe wyniki są zupełnie zgodne ze spostrzeżeniami w Przegl. Lek. przez Dra Warschauera ogłoszonemi.

W ostatnim tygodniu przed świętami dokonał prof. Weinlechner w szpitalu dziecięcym św. Anny resekcyi znacznéj części jelita grubego. Ze względu na ważność téj operacyi i teraz właśnie w wielu pismach specyjalnych omawianéj jéj wartości, pozwolę sobie zdać obszerniejszą z niéj, sprawę. Na dzień przed rękoczynem przyprowadzono do szpitala chłopca, lat 8 liczącego, z wszelkimi objawami wgłobienia jelit (*intususceptio*). Badanie przez odbytnicę wykazało w wysokości przejścia S rzymskiego w prostnicę zgrubienia pierścieniowate, odpowiadające najdokładniéj miejscu wgłobienia. Wszelkie zabiegi, by jelito reponować, nie powiodły się, a występujący upadek sił przepowiadał niechybne zejście śmiertelne. Z tego powodu, za zgodą rodziców dziecka, postanowiono przystąpić do laparotomii i repozycyi ręcznéj wgłobionych części jelita. W dzień operacyi dziecko prócz bólów w brzuchu, czkawki i zapadu sił nic nie okazywało, coby dozwalało wnioskować już o zapaleniu otrzewny. Wśród narkozy chloroformowéj, pod ochroną ciepléj pary kwasu karbolowego, przystąpiono do rękoczynu. Zrobiono cięcie na 4 do 6cm. powyżéj a na 7 do 9cm. poniżéj pępka. Po otworzeniu jamy brzusznéj otrzewna okazała się w całości silnie nastrzykana, w okolicy wgłobienia w stanie ostrego zlepnego zapalenia. Mechaniczne rozciągnięcie wgłobionych jelit żadnym sposobem się nie udało. Prof. Weinlechner postanowił więc dokonać resekcyi, naprzód rokując niepomyślnie, robiąc operacyję raczéj *experimenti causa*. Po dokładném wydaleniu palcami kału z obu końców jelita, które zeszyć miano, przystąpiono do założenia podwiązań, po dwa na każdéj stronie, wyciąć się mającego jelita. Następnie palcami odłuszczono blaszkę otrzewny, podwiązano naczynia krezkowe i przystąpiono do wycięcia wzmiankowanéj części jelita. Wycięto kawałek mniéj więcéj 6 do 8cm. długi. O ile w czasie operacyi osądzić mogłem, kawałek ten przedstawiał skutkiem znacznego wgłobienia nie małą część *colon transversum* i *S romanum*. Pozostałe części jelit złączono 23 szwami węzełkowemi z jedwabiu preparowanego i zwolniono z uciskających podwiązań. Po dokładném obmyciu i wyczyszczeniu spojono ściany jamy brzusznéj zwykłym szwem z antiseptycznego jedwabiu i opatrzono. Operacyja trwała koło 7 kwadransy. Dziecko żyło jeszcze 5 godzin. Nie odzyskało jednak już ani razu przytomności. Sekcyja wykazała rozległe zapalenie otrzewny. Części spojone nie przepuściły wcale kału do jamy brzusznéj. Jelito było drożne. Kał się za życia posuwał.

Przy operacyi obecnym był ks. Karol Bawarski, brat Cesarzowéj Elżbiety. Bawi on już od kilku tygodni w Wiedniu. Zwiedza zakłady naukowe i pilnie zajmuje się wszystkiemi sprawami lekarskiemi. Jestto mężczyzna miléj powierzchowności, w obejściu bardzo przyjemny. Wykonał dotąd dwie operacyje: irydektomiję, pod kierunkiem prof. Arlta, i wyłyżeczkowanie raka pochwy, pod kierunkiem prof. Weinlechnera, kierownika oddziału chirurgicznego w szpitalu Rudolfa.

Dr. Kopff.

2.

Kursa — Sprawozdanie powszechnego szpitala — Obsadzenie opróżnionych katedr. — Książe bawarski Karol Teodor — Wykład Dra Holuba.

Czarne tablice, porozwieszane w podworcach i sieniach powszechnego szpitala wiedeńskiego, odpocząwszy nieco przez święta, znów zapełniają się przylepianemi ogłoszeniami kursów z różnych gałęzi nauk lekarskich. Kursy te, trwające zaledwie 6 tygodni, ogłaszają nietylko asystenci i docenci ale także płatni profesorowie nadzwyczajni. Że w ciągu 6ciu tygodni nietylko wyczerpnąć, ale nawet pobieżnie przedmiotu poznać nie można, łatwo pojąć, dla tego panowie ci z żalem oznajmiają słuchaczom, iż dla krótkości czasu przedmiotu swego dokończyć nie mogli i zapraszają na kurs następny, żądając oczywiście powtórnie dosyć wygórowanéj opłaty. Wyjątek w tym względzie zrobił prof. Wiederhofer, który niedokończywszy swego przedmiotu, kurs mający się skończyć przed świętami przedłużył aż do końca półrocza. Na tego rodzaju postępowanie sarkają tutaj powszechnie, têm bardziéj, iż kursa są dla ucznia, który się więcéj nauczyć chce,

niezbędne; profesorowie bowiem tutejsi nie zadają sobie tyle pracy z uczniami, jak po innych Wydziałach lekarskich, gdzie system ten kursowy jest zupełnie zbyteczny.

W ostatnich dniach grudnia wyszło drukiem rok rocznie ogłaszane sprawozdanie z powszechnego tutejszego szpitala. Składa się ono, jak zazwyczaj z części administracyjno-statystycznéj i literackiej. Z części 1széj dowiadujemy się, iż z końcem roku 1878 pozostało w szpitalu 1745 chorych. W ciągu roku 1879 przyjęto 21,323 chorych, z któréj to liczby wypuszczono zupełnie uzdrowionych 12,263, umarło zaś 2,800, czyli o 0.3% mniej niż w roku 1878. W cyfrę tę nie wciągnięto zmarłych z suchot w liczbie 2012 chorych. Suchoty więc płucne, słusznie tutaj *morbus Viennensis* nazwane, dają największy procent śmiertelności. Owaryjotomij robiono 37, z których 24 zakończyły się zupełném wyzdrowieniem. — Część literacka składa się przeważnie z opisu ciekawych przypadków, zebranych z różnych oddziałów. Najpierw idą spostrzeżenia z klinik chorób kiłowych, późniéj skórnych, z oddziału prof. Dittla, prof. Grubera (choroby ucha), a na samym końcu umieszczone są ważniejsze sekcyje, zebrane przez asystenta Dra Zeemanna. Prof. Kaposi, obecny zastępca ś. p. prof. Hebry, w spostrzeżeniach swych kładzie szczególny nacisk na kwas pyrogalusowy, który uważa jako lek swoisty przeciw *psoriasis*.

Kwestyja obsadzenia trzech opróżnionych katedr, a mianowicie katedry chirurgicznéj po ś. p. prof. Dumreicherze, daléj katedry chorób skórnych po ś. p. prof. Hebrze i kiłowych po prof. Sigmundzie, coraz drażliwszy przybiera charakter. Komisyja z profesorów złożona, a w celu naznaczenia kandydatów wybrana, nie może mimo ciągłych posiedzeń przyjść do jedności zdania. Na kandydatów katedry chirurgii przedstawiono dotychczas prof. Alberta z Insbruka i Czernego z Heidelbergu. Protektorem pierwszego jest obecny dziekan prof. Hofmann, ostatniego prof. Billroth. Opinija publiczna jakotéż i uczniów przechyla się na stronę Czernego, jako rodowitego Niemca; Albertowi zarzucają iż jest Czechem, i z tego to powodu pod żadnym warunkiem mieć go nie chcą. Tak więc koteryje polityczne i nienawiść narodowościowa wkrada się już nawet tam, gdzie niknąc powinna. Czy prędko przyjdzie do zgody wątpię, tém mniéj, iż rozdrażnienie Komisyi wzmaga się, stosunki stają się coraz bardziéj naprężone, tak dalece, iż niektórzy z jéj członków myślą o wystąpieniu z niéj, jak to już prof. Wedl uczynił. Nie lepiéj rzecz stoi z obsadzeniem katedry po ś. p. prof. Hebrze. Zdawało się, iż jedynym a możebnym następcą jest prof. Kaposi. Tymczasem dowiedziano się, iż p. Kaposi nosi się z myślą otworzenia prywatnego swego *sanatorium*. To było przyczyną, iż wytworzyła się partyja jemu przeciwna, proponująca prof. Neumanna. Obecnie dowiaduję się, że prof. Kaposi oświadczył publicznie, iż zrzeknie się otworzenia swego zakładu, byle go tylko pozostawiono przy katedrze.

Brat Najjaśniejszéj Pani, książę bawarski Karol Teodor, bawi jeszcze w Wiedniu i pilnie odwiedza różne oddziały. Jako okulista najwięcéj przesiaduje w klinice prof. Arlta, gdzie niedawno robił kilka irydektomij. jakotéż operował zaćmę starczą. Prócz okulistyki zajmuje się także chirurgiją, asystuje prof. Billrothowi, a onegdaj amputował odnogę u dziewczynki, którą przyjął za własną chorą i codziennie zmienia jéj własnoręcznie opatrunek. Dostojny ten nasz kolega odznacza się nadzwyczajną uprzejmością i skromnością, dla tego staje się w Wiedniu coraz popularniejszą osobistością. Przed paru tygodniami, zabawiwszy się za długo w klinice Billrotha, objawił chęć udania się wraz z asystentami i sekundaryjuszami tegoż oddziału do najbliższéj restauracyi na obiad. W towarzystwie więc tych panów zjadł skromny obiad w znanéj każdemu lekarzowi restauracyi „zum Riedhof“. Jak słyszałem, zamyśla szlachetny książe poświęcać się ciągle naukom lekarskim, i otworzyć w swych dobrach w Bawaryi sanatoryjum prywatne, gdzie na własny koszt leczyć zamyśla ubogich. Najjaśniejsza Pani, zwiedzając przed parą dniami szpital powszechny, kazała sobie pokazać chorych przez brata operowanych, podnosząc zamiłowanie jego do sztuki lekarskiéj.

Znany podróżnik po Afryce południowéj, Dr. Holub, Czech i były uczeń Wydziału lekarskiego prażskiego, miał na posiedzeniu Tow. lek. wiedeńskiego odczyt o stosunkach lekarskich w Afryce południowéj. Nie mogę się powstrzymać od powtórzenia niektórych ciekawych ustępów przez Dra Holuba podanych. W Afryce południowéj dwojakich znajdujemy lekarzy; Europejczyków, przeważnie Anglików i Holendrów, już to dyplomowanych lekarzy, już téż cyrulików lub aptekarzy, którzy się trudnią praktyką lekarską. Lekarze ci praktykują w osadach europejskich na przylądku dobréj Nadziei, a najwięcéj ich w porcie Elisabeth. Pacyjenci płacą im bardzo dobrze, a mianowicie Holendrzy, którzy się ich radzą w najlżejszém cierpieniu. Dzicy używają ich nadzwyczaj rzadko, bojąc się ich i uważając za czarowników. Drugą kategoryję stanowią lekarze czarni, krajowcy. Poznasz ich po tém, iż na gołém ciele, okrytém tylko skórą, noszą naszyjniki z pazurów i zębów lwich. Nie stykają się oni oczywiście z białymi i po za granicę szczepu, do którego należą, nie wychodzą. Kazden król takiego szczepu ma przybocznego lekarza, który w wysokiém stoi poszanowaniu tak u swego monarchy, jak i współkrajowców. Ponieważ uważany jest, tak jak i lekarz biały, za czarodzieja, łączy w sobie także pewną władzę duchowną. Lekarze ci czarni, najrozsądniejsi między swymi współbratymcami, łatwo zyskują sobie łaski monarchy, i dla tego największy wpływ na rządy wywierają. Leczą oni ziółkami, wywoływaniem potu przez obwijanie w skóry, najczęściéj jednakowoż czarami i gusłami. Dzicy wzywają tylko wtedy lekarzy europejskich, jeżeli im lekarz czarny nic pomódz nie może. Jeżeli lekarstwo przez białego lekarza podane od razu pomaga, oddają mu cześć prawie boską, w przeciwnym razie wśród obelg i naśmiewań wyrzucają z osady. Sam Dr. Holub leczył żonę króla Barolongów na zapalenie płuc i wkrótce wyleczył, dla tego okrzyknięto go natychmiast wielkim czarownikiem. Z chorób panuje najwięcéj między dzikiemi kiła, między osiadłymi Anglikami i Holendrami zaś malaria, jakotéż wczesny *marasmus*. Ludzie ci prędko się starzeją i z wycieńczenia sił umierają.

Wiedeń, 7 stycznia 1881. *Dr. Henryk Mendelsburg.*

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Komisyja sanitarna krakowska odbyła pod przewodnictwem Dra Warschauera w dniu 7 stycznia b. r. posiedzenie, na którém: 1) Podano wynik rozbioru chemicznego, jaki wykonał prof. Stopczański, wody ze studni publicznéj świeżo zbudowanéj w ulicy karmelickiéj. Pomimo, że studnia ta zbudowana na cemencie i otoczona iłem ma przeszło 20 metrów głębokości, wydała wodę, która zawiera: 127,5 części stałych na 100,000, 2,14 części organicznych, 18,72 chlorku sodu, 25 kwasu azotowego, 0,16 kwasu azotawego, 0,8 amoniaku i 26° franc. stałéj twardości, czyli należy do najgorszych wód w całém mieście. Nad tym przedmiotem zabierali głos: prof. Stopczań-

ski, R. m. Trauczyński i fizyk Dr. Buszek, głównie co do urządzenia filtrów w studniach publicznych, a ostatni namienił, że obecnie inżynieryja wojskowa zarządziła wiercenie studni w podworcu koszar Franciszka Józefa na Piasku, gdzie z głębokości 58 metrów wytrysnęła woda na 2 metry wysoko, jak z artezyjskiéj studni, i okazała przymioty fizyczne podobne jak woda z innych studzien dobyta. Przy wierceniu o kilka metrów głębiéj zaczęła się dobywać z pokładu iłów trzeciorzędnych woda cuchnąca mocno kwasem siarkowodowym, podobnie jak w Krzeszowicach lub w Swoszowicach. Obecnie odbywa się wiercenie w skale w głębokości około 76 metrów. 2) Dr. Buszek podaje że śmiertelność w ubiegłym roku była o wiele znaczniejszą, niż w roku 1879, bo wynosiła 39,7 na 1000 mieszkańców (w r. 1879 wynosiła 32,1). Znaczną tę śmiertelność sprowadziło bardzo liczne wymieranie z zapalenia i suchót płucnych, z ospy, płonicy i błonicy. Pomimo najnieprzychylniejszéj pory w grudniu z. r. wykazała się najmniejsza śmiertelność w tym miesiącu, bo spadała w niektórych tygodniach do 18,9. 3) Wybrano jako delegata do komisyi konskrypcyjnéj celem zbierania szczegółów dotyczących higijeny pomieszkań Dra Lutostańskiego. 4) Weter. Pacuła poruszył sprawę kontroli polic.-sanit. nad bydłem i mięsem. *J. B.*

Statystyka epidemij. W tygodniu 51 (do 18 grudnia) ospa w Londynie jeszcze bardziéj się rozszerzyła. Świeżo zapadło 76, leczyło się w szpitalach 399, umarło 33. W Wiedniu umarło 8, w Budapeszcie 6, w Paryżu 21, w Maladze 9, w Wenecyi 10, w Madrycie 34. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 7, w Madrycie 9, w Bukareszcie 2, w innych większych miastach pojawiało się po 1 przypadku śmierci. W Rio de Janeiro umarło z febry żółtéj 3. W tygodniu 52 (do 25 grudnia) umarło w Krakowie: 2 z ospy, 4 z płonicy, 1 z krztuśca, 1 z duru brzusznego, 2 z gorączki połogowéj i 1 z róży, a doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku ospy wietrznéj, 9 płonicy, 1 odry, 1 duru brzusznego, 1 duru osutkowego.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 51 umarło na 1000 mieszkańców i na rok w Krakowie 26,1; we Lwowie 30,6; w Warszawie 22,6; w Poznaniu 26,9; w Wiedniu 27,6; w Budapeszcie 27,1; w Pradze 34,2; w Tryjeście 34,8; w Bazylei 16,3; w Brukseli 21,7; w Amsterdamie 20,9; w Hadze 18,5; w Paryżu 25,6; w Londynie 19,6; w Kopenhadze 23, ; w Stokholmie 33,8; w Chrystyjanii 19,1; w Petersburgu 35,9; w Odesie 31,9; w Wenecyi 27,4; w Bukareszcie 29,9; w Madrycie 30,0; w Barcelonie 29,0; w Lisabonie 36,5; w Aleksandryi 39,2; w Nowym Yorku 23,5; w Filadelfii 18,9; w Bombayu 27,4; w Madrasie 36,5. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 12 stycznia. N. Pan nadał Radzcy Namiestnictwa i Referentowi spraw sanitarnych w Namiestnictwie galicyjskiém, Drowi Alfredowi Biesiadeckiemu, order korony żelaznéj 3ciéj klasy, w uznaniu jego gotowości do poświęcenia i znakomitéj działalności w publicznéj służbie zdrowia.

Nie minęło więc protomedyka naszego odznaczenie, którego od dawna spodziewał się stan lekarski nie tylko w Galicyi, ale i za granicą, mając w pamięci ową gotowość do oddania się na usługi ludzkości, któréj świetny złożył dowód Dr. Biesiadecki, gdy z bezinteresownością nadzwyczajną i bezwarunkowo przyjął misyję zaszczytną, a wymagającą tak wielkiéj odwagi, że na wiadomość o zamierzonym wyjeździe protomedyka nad Wołgę nie tylko publiczność w ogóle, ale i lekarze, przywykli do szafowania zdrowiem i życiem swojém dla dobra ogółu, nie mogli powstrzymać się od głośnego podziwienia téj odwagi osobistéj, a wyrazem tego uznania było serdeczne żegnanie odjeżdżającego przez lekarzy lwowskich i krakowskich, oraz również serdeczne powitanie przez kolegów warszawskich. Nie zmniejsza to wcale zasługi protomedyka, że obawa powszechna pod względem dżumy okazała się znacznie przesadzoną, — wszak przy samym wyjeździe z Krakowa doszły go wiadomości zatrważające, a mimo to porzucił dom i osierociałe dziatki, aby dążyć tam, gdzie go powołał obowiązek i zaufanie Rządu. To téż nie tyle oznaka honorowa, ile raczéj Cesarskie uznanie „gotowości do poświęcenia i znakomitéj działalności w publicznéj służbie zdrowia“ stanowi nagrodę, jaką rzadko kiedy uzyskał urzędnik zdrowia w wieku stosunkowo tak młodym.

Że nagroda ta jest zasłużoną, dowodzą pochlebne wzmianki, czynione o niéj nawet przez czasopisma niemieckie, a będziemy zapewne wyrazem uczuć wszystkich kolegów polskich, jeżeli wypowiemy radość naszą z powodu, że tak zaszczytne uznanie dostało się w udziale Mężowi, który był ozdobą Wszechnicy naszéj, a uzyskał sławę naukową i po za granicami ojczyzny,—który jest Członkiem honorowym naszego i Prezesem tyle zasłużonym Tow. lek. galicyjskiego, oraz Naczelnikiem służby zdrowia w kraju naszym. Składając Mu serdeczne życzenia nasze imieniem Komisyi redakcyjnéj Przeglądu Lek. powodujemy się głównie wdzięczném uznaniem skutecznych zabiegów Jego koło ustanowienia związku pomiędzy dwoma Towarzystwami lekarskiemi krajowemi, skutkiem czego tygodnik nasz stał się organem i Tow. lek. galic. Cel ten mając ciągle przed oczyma usuwał On powoli wszelkie przeszkody, a nawet do ofiar materyjalnych oświadczył się gotowym, zapewniając pokrycie niedoboru, gdyby takowy wyniknął z połączenia. Próbę przebyliśmy szczęśliwie, a związek istniejący pozostanie na zawsze niepoślednią zasługą protomedyka.

□ Wyraziliśmy na samym wstępie Numeru serdeczne życzenia swoje dla czcigodnego Jubilata Majera; artykuł ten, wyszły z pod pióra członka Komisyi redakcyjnéj prof. Oettingera, jest wyrazem przekonania całéj Komisyi i Tow. lekarskiego. Wypada nam jeszcze na tém miejscu zdać sprawę z przebiegu dnia uroczystego.

Nie przesądzając wcale uroczystości jubileuszowéj zamierzonéj w czasie Zjazdu, w lipcu w Krakowie odbyć się mającego, Uniwersytet i Akademija, trzymając się ścisłości chronologicznéj, uznały za stosowne święcić w sposób skromny dzień, w którym Jubilat przed 50 laty wykonał sponzyję doktorską.

W dniu téj rzadkiéj uroczystości udali się wspólnie członkowie Wydziału Lek. i Akademii Umiejętności do czcigodnego Jubilata, celem złożenia mu życzeń. Pierwszy przemówił dziekan Piotrowski słabym głosem, bo była to pierwsza jego czynność po powrocie do zdrowia z cięższéj choroby, składając Jubilatowi ponowny dyplom stopnia doktorskiego. Dyplom ten, ułożony przez prof. Oettingera, opiewa jak następuje:

Quod felix faustumque sit. Summis auspiciis Francisci Josephi I., Imperatoris Austriae, Regis Galiciae et Lodomeriae, Magni Ducis Cracoviensis etc. etc. etc. Ejusque Auctoritate Caesarea Ordo Medicorum in Universitate Literarum Jagellonica Cracoviensi Rectore Magnifico Mauritio Jelita Madurowicz Med. et Chir. Dre, Magistro Artis obstetr. c. r. Professore p. o. Gynaecologiae et Artis obstetriciae nec non Directore Instituti clinici gynaecologi o-obstetricii, Ordinisque Ejusdem h. t. Decano Gustavo Piotrowski Med. Dre, c. r. Professore p. o. Physiologiae et Microscopiae Lecturis salutem. Laudabile inprimis majorum nostrorum institutum est, ut honores literarii nonnisi suffragantibus meritis conferri soleant, et quinquagenario assiduo et fausto labore fecundati renoventur et confirmentur. Cum itaque vir illustris Dr. Josephus Majer Cracoviensis, eques ordinis coronae ferreae et crucis commandoriae Francisci Josephi, ab origine praeses Academiae scientiarum crac., senator imperii, comitiorum terrestrium nuntius, consul regiae civitatis cracoviensis etc. etc. qui ante hos quinquaginta annos eximius quondam scholae nostrae celeberrimae et antiquissimae alumnus

lauream Doctoris Medicinae in eadem acceperat, per novem lustra Professoris Facultatis Medicae munere in eadem functus fuerit, eruditionis copia, eloquentiae splendore et praeclaris operibus artem salutarem ore et scriptis tradendo plura discipulorum genera optime educaverit, multoties sceptrum rectorale et decanale, aliasque academicas dignitates felicissime gesserit, almae matris nostrae antiquissimae Universitatis Jagellonicae jura et immunitates non tantum acerrime ab omni detrimento defenderit, sed etiam haud vulgari incremento et vigore auxerit et instauraverit, seque gloria atque decus ejus perennibus beneficiis praestiterit; vernaculam linguam ardenti amore amplexus genuinam ejus venustatem et castitatem a foeda contaminatione et depravatione servaverit, aliisque bene multis publicis vel maximi momenti officiis de urbe et patria optime meruerit: Nos itaque vi muneris nostri a C. R. Apostolica Majestate Augustissimo et Potentissimo Francisco Josepho I nobis concessa eiusdem viri illustris Josephi Majer Doctoris Medicinae lauream ob tot tantasque virtutes, saluberrimosque erga Universitatem, urbem et patriam labores splendida gloriae corona auctam et locupletatam die festo semiseculari, qui est duodecimus mensis Januarii anni millesimi octingentesimi primi et octogesimi, summo cum plausu renovavimus, confirmavimus et canescenti intra secundam efficaciam capiti imposuimus. In cujus rei fidem et sempiternam memoriam hasce literas sigillo majori Universitatis munitas eidem solemniter coram coetu Professorum laeti gratulantes obtulimus. Datum Cracoviae, die 12 mensis Januarii. 1881.

Po słowach podzięki ze strony Jubilata zabrał głos rektor Madurowicz składając życzenia w imieniu Senatu akademickiego, którego przez lat wiele był Jubilat członkiem. Gdy i za te życzenia Jubilat podziękował, przemówił prof. Teichmann, jako wiceprezes Akademii, składając życzenia w imieniu téj instytucyi i zaprosił sekretarza jeneralnego do odczytania adresu od Akademii. Adres ten pięknie wykonany pod względem artystycznym i w gustownéj umieszczony teczce opatrzony podpisami członków Akademii złożono Jubilatowi.

Po odczytaniu tego dłuższego a pięknêm piórem skreślonego aktu przemówił do łez rozczulony Jubilat, kreśląc dzieje zawiązania Akademii i wspominając tych, co się do tego przyczynili a zarazem wskazując zadania i znaczenia, jakie ta instytucyja posiada.

W końcu zabierali głos reprezentanci Towarzystw lekarskich. Najpierw przemówił umyślnie w tym celu ze Lwowa przybyły protomedyk Biesiadecki, jako prezes Towarzystwa Lek. galicyjskiego. (Przemówienie Jego podamy w przyszłym numerze).

Potem Prezes Towarzystwa Lek. krakowskiego, Dr. Jordan, wraz Komitetem Towarzystwa złożył Jubilatowi życzenia przemawiając temi słowy i wręczając Mu pierwszy arkusz niniejszego Nr. Przeglądu Lek., na ozdobnym papierze odbity.

„Panie Prezesie! Tow. lek. krak. przejęte głęboką czcią dla zasług i wdzięcznością dla osoby Twojéj, Panie Prezesie, pragnęło uczcić 50letni jubileusz doktoratu Twego w sposób odpowiedni znaczeniu téj wzniosłéj uroczystości, a to podczas Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, który w tym roku ma się odbyć w Krakowie. Gdy jednakże dla zachowania ścisłości chronologicznéj Uniwersytet Jagieloński i Akademija Umiejętności w dniu dzisiejszém Tobie składają hołdy i swe życzenia, nie może i Tow. lek. krak. pominąć dnia tego, by Ci, Panie Prezesie, nie wyrazić przez usta nasze słów swego najgłębszego poważania oraz najżywszéj radości, iż nam Bóg dozwolił czcigodnego Nestora naszego po 50letniéj wytrwałéj pracy w czerstwém oglądać zdrowiu. Czci Cię dziś Panie dla Twych zasług kraj cały, którego jesteś prawdziwą ozdobą, czci Cię Uniwersytet, którego w długim lat szeregu byłeś podporą i chlubą, i któremu charakter swojski w najgorszych czasach utrzymać umiałeś, — o ileż większa jeszcze cześć przynależy Ci od nas, od lekarzy tutejszych, po największéj części Twych uczniów, których na ławkach szkolnych karmiłeś Twą wiedzą a zawsze i do dziś dnia w Tow. lek. życzliwą otaczasz opieką. Gdyby nie sama ta wdzięczność, to już sama duma, z jaką każdy lekarz na Twe życie oraz Twe czyny spogląda i wskazuje, duma, że mąż tak wielkich dla kraju zasług z naszego wyszedł grona, cześć naszą i życzenia nasze natchnąć musi szczerością. Szczerze Ci więc Panie życzymy: żyj nam długo w dobrém a czerstwém zdrowiu, dla pożytku nauki i kraju i przyświecaj nam daléj Twoim przykładem. A jako słaby objaw naszych uczuć przyjm Panie Prezesie tych kilka słów publicznéj cześci, które Ci w organie naszym wyrażamy".

Na przemówienia prezesów obu Towarzystw odpowiedział Jubilat wspólnie, zachęcając do pracy a zakończył dwuwierszem

Niech każdy część pracy dołoży
A całość pięknie się złoży.

Wieczorem dnia tego zgromadzili się znów członkowie Uniwersytetu i Akademii Umiejętności, aby wspólną ucztą uczcić Jubilata. Wchodzącego Jubilata powitano okrzykiem: „Niech żyje nasz Jubilat Dr. Majer." Do stołu zasiadło prawie 70 osób a wznosząc toasty na cześć Jubilata zabierali głos: prof. Piotrowski jako dziekan, kanonik prof. Pelczar, jako prorektor i prof. Teichmann, jako wiceprezes Akademii. Po odpowiedzi Jubilata na te trzy przemówienia przemówił Tajny Radca Kopff, jako najdawniejszy członek Towarzystwa Naukowego, oraz prof. Oettinger wznosząc toast w formie krakowiaka, który hucznemi przyjęto oklaskami. Szereg toastów zakończył prof. Tarnowski misternie przerabiając staropolski toast „kochajmy się" na „kochajmy Jego."

W końcu protomedyk Biesiadecki odczytał telegram od Rady zawiadowczéj Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego a Jubilat korzystając ze sposobności podziękował publicznie Towarzystwu lek. warszawskiemu, wileńskiemu, lubelskiemu oraz sekcyi lekarskiéj Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu, które mu również w dniu tym drogą telegraficzną życzenia przesłały, życząc im wszystkim jak największego rozwoju.

Telegram Towarzystwa lekarzy lubelskich nadesłany na ręce Dra Jordana, prezesa Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, a który tenże złożył na ręce Jubilata składając życzenia od Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, brzmi jak następuje:

„W imieniu Towarzystwa Lekarzy Lubelskich mamy honor prosić uprzejmie szanownego Pana o złożenie serdecznych życzeń naszych i należnéj czci zasłużonemu na polach tylolicznéj społecznéj lekarskiéj działalności Drowi Józefowi Majerowi w dniu Jego 50cioletniego jubileuszu w zawodzie lekarskim. Te życzenia nasze niechaj będą słabym wyrazem wysokiego uznania i cześci, z jakiemi nasze Towarzystwo dla szanownego Jubilata a swego członka honorowego zawsze pozostaje. Prezes Kwaśniewski, Sekretarz Doliński."

* Ministerstwo oświecenia zażądało od wydziałów lekarskich wyjaśnienia, czy utrzymywanie zakładu leczniczego prywatnego zgadza się ze stanowiskiem profesora uniwersytetu. Pytanie to stoi zapewne w związku ze sprawą prof. Kaposiego w Wiedniu.

* W jednym z ostatnich zeszytów czasopisma „*Deutsches Archiv f. klin. Medicin*" spotykamy się z rozprawką prof. Heschla we Wiedniu, któréj przedmiot (o ruchach serca widocznych z powodu wrodzonéj szczeliny w mostku) pochodzi z kliniki krakowskiéj prof. Dietla z r. 1856, a opracowany jest na podstawie zapisków śp. Dra Kopczyńskiego, ówczesnego asystenta prof. Dietla. Nie pojmujemy, dla czego prof. Heschl, który wówczas był profesorem w Krakowie, dopiero teraz przypadek ten opisuje.

* Lekarz sądowy i skarbowy hrabstwa tarnowskiego, Dr. Rosner w Tarnowie, w d. 1 lutego rb. obchodzić będzie 50-letni jubileusz zawodu lekarskiego. Jubilat jest ojcem trzech lekarzy: profesora Uniw. Jagiell., lekarza powiatowego w Buczaczu i lekarza miejskiego we Lwowie.

* Dr Maks. Gumplowicz, który dotąd kierował zakładem wodoleczniczym w Priessnitzthalu, począwszy od wiosny 1881 obejmuje kierownictwo podobnego zakładu w Weidlingau, uroczém miejscu o $^1/_2$ godziny odległém od Wiednia, a leżącém nad koleją zachodnią. Zakład w Weindlingau jest nierównie większym i dogodniejszym, aniżeli w Priessnitzthalu, ma także tę zaletę, że leży blisko dworca kolei, podczas gdy Priessnitzthal odległy jest od stacyi Mödling o $^1/_4$ mili. Obok zakładu w Weindlingau znajduje się i źródło żeleziste.

* **Warszawa**. Na posiedzeniu w d. 4 bm. odbytém Towarzystwo lekarskie obrało na rok bieżący prezesem prof. Hoyera, wiceprezesem Dra Wład. Orłowskiego, a sekretarzem dorocznym Dra Gajkiewicza.

Dowiadujemy się z *Kur. Warsz.*, że prof. Kotelewski przeniesiony został w stan spoczynku „z prawem noszenia półkaftana mundurowego." Jest to zapewne profesor medycyny sądowéj w Warszawie, który w r. 1870 ogłosił w *Med. Centralbl.*

przyczynek do rozbioru widmowego krwi, rozprawkę wyszłą z pracowni prof. Nawrockiego, a po téj pierwszéj pracy zupełnie zamilkł.

* W sprawie Słownika lekarskiego otrzymaliśmy list następujący: Szanowny Kolego Redaktorze!

Z onegdajszego Nru „Przeglądu Lekarskiego“ dowiedzieliśmy się (kol. Oettinger i niżéj podpisany) o treści artykułu Dra Fritschego w sprawie Słownika lekarskiego, z Nru 1 „Medycyny“, którego jeszcze nie mieliśmy w ręku. Obawiając się nudzić czytelników „Przeglądu“ długiemi wywodami, uprzejmie upraszamy szan. kolegę o zamieszczenie następującego krótkiego wyjaśnienia. W sprawozdaniu o czynnościach Komisyi terminologicznéj, przedstawioném przed kilku dniami na posiedzeniu doroczném Tow. lek. krak., mieliśmy sposobność wyłuszczyć, jak skwapliwie i z jaką wdzięcznością Komisyja korzystała ze światłych uwag nadesłanych jéj dotychczas przez Towarzystwo lekarskie warszawskie i przez Sekcyję lekarską T. P. N. w Poznaniu. W uzupełnieniu tego, cośmy tam powiedzieli, niech nam wolno będzie jeszcze nadmienić, że nawet w tych nielicznych przypadkach, gdy zdanie nasze różni się od zdania szan. kolegów warszawskich lub wielkopolskich, wyrazy przez nich proponowane nie będą pominięte w Słowniku. Ale komisyja sądziła, że równe względy, jak dla autorów żyjących, należy się téż autorom dawnym i z tego powodu wyrazów dawnych, jak np. kirść, glozna, mizinny itp., nie uważalismy za rzecz słuszną całkiem opuszczać w Słowniku; umieszczaliśmy je tylko w odpowiednich miejscach, po wyrazach obecnie używanych, z krzyżykiem (†), oznaczającym, że wyszły z użycia. Ten, ktoby, jak w przykładach dowcipnie przez szan. kolegę zestawionych, tylko takich wyrazów używał, nie byłby miłośnikiem puryzmu lecz archaizmu, a o takie nadużycia obawa jest niesłuszna. Zresztą Słownik według naszego pojęcia nie jest, albo przynajmniej nie jest wyłącznie kodeksem języka; lubo i temu zadaniu po części staraliśmy się czynić zadość, kładąc na pierwszém miejscu wyrazy, które uznajemy za najwłaściwsze. Pominąwszy już tę okoliczność, że Słownik powinien być przydatny i dla tych, którzyby do dawnych autorów lekarskich zajrzeć pragnęli, zdarzyć się mogą i inne przypadki, w których stare wyrazy i dla lekarza są przydatne, jak tego w ciągu układania słownika mieliśmy między innemi przykłady w nomenklaturze antropologicznéj i w niektórych innych gałęziach.

Nareszcie przy sposobności tego, co szan. kolega nadmieniłeś o słownictwie chemiczném, na pociechę dodam, że jeśli u Polaków są teraz 2 lub 3 różne nomenklatury chemiczne, to u Niemców, jak mię zapewniał znawca kompetentny, jest ich teraz 6 do 7miu różnych!

Łączę szczere koleżeńskie pozdrowienie *Dr. Janikowski.*
Kraków dnia 10 stycznia 1881.

Uwaga Redakcyi. Jeżeli Niemcy nie mają jednolitéj nomenklatury chemicznéj, to różnice tyczą się tylko nazw połączeń rozmaitych, są to zatém różnice więcéj fachowe, a nie językowe, a tém mniéj gramatyczne; żaden bowiem chemik niemiecki nie mówi a tém mniéj nie pisze: *der Chinin*, lecz wszyscy jednozgodnie *das Chinin.*

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 2: Rybickiego: Przypadek drgawek porodowych bez białkomoczu (dok.) — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 27: Heringa: Ciała obce i złogi wapienne w jamach nosowych; Dunina: Wypadek niedokrwistości złośliwéj (dok.)

Towarzystwo lek. krak. odbędzie we Środę tj. dnia 19 bm. o godzinie 5téj w sali Akademii Umiejętności zwyczajne posiedzenie, na którém po załatwieniu kilku ważnych spraw administracyjnych: 1) Kol. Dr. Kwaśnicki mówić będzie: „O ogólnych wskazaniach leczenia chorób zakaźnych,“ a 2) Kol. Dr. Ponikło: „O resorcynie.“

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej pół tora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Ulica Podwale Nr. 84.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Boulv. Voltaire 180, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia op. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	4 „	6 „

Kraków, 22 stycznia 1881. — № 4. — Rok XX.

I. Ogólne wskazania leczenia chorób zakaźnych.

Napisał Dr. A. Kwaśnicki

Już to nie od dziś zauważano, że w wielu poglądach bijologicznych zapatrywania starożytnych nie różnią się zasadniczo od pojęć dzisiejszych, że w ogólnym zarysie już przed wiekami rozumiano sprawy życia, główna różnica polega nie na odkryciu nowych zjawisk życia, lecz na ich tłumaczeniu, na przekonaniu się naoczném pod soczewką drobnowidu lub w epruwetce o tém, co było zaledwo przedmiotem dociekań i domysłów starożytnych, a dobrym przykładem powyższego twierdzenia jest sprawa fermentacyi i jéj stosunek do chorób. Że znajomość fermentacyi poprzedza okres przedpotopowo-historyczny, najlepiej świadczą przygody Noego. Theophrastes żyjący na cztery wieki przed Chrystusem nazywa piwo winem jęczmiennem, a rzecz godna uwagi, że kiedy napój ten bez znacznego alkoholizowania nie daje się przechować w klimacie gorącym, pierwsze pędzenie piwa miało miejsce w Egipcie; snać pod tym względem nie tyle nauczono się, ile zapomniano. Nie posiadamy jednak dowodu, ażeby starożytni, posługując się fermentacyją do pędzenia napojów wyskokowych, dopatrywali się związku między zaczynem a powstawaniem chorób zakaźnych; dopiero lekarze arabscy, a zwłaszcza sam Mahomet, dali wyraz tym pojęciom, które w duchu dogmatycznym całkowicie przechował koran. Jeżeliby jednak ktokolwiek zechciał tłumaczyć przepisy koranu nie z punktu higijenicznego, jeżeliby np. w zakazie używania napojów, które przebyły fermentacyję, chciano widzieć tylko zapobieżenie pijaństwu, a w zabronieniu spożywania mięsa skruszałego i w ogóle pożywek nieświeżych uniknięcie obrażających zmysły następstw rozkładu, to trudnoby było zrozumieć, dla czego ten zakaz stosuje się i do owoców dojrzałych, skoro te właśnie w chwili zupełnego dojrzenia nabierają woni, smaku i dla oka są ponętne? czyżby Mahomet, występując ryczałtowo przeciw spożywaniu napojów i pokarmów, które w mniejszym lub większym stopniu uległy fermentacyi, domyślił się takowéj w sprawie dojrzewania owoców, rzecz którą dopiero za dni naszych wyjaśnił Pasteur? na to pytanie trudno odpowiedzieć, lecz zdaje się być rzeczą niewątpliwą, że jakaś intuicyja odsłaniała przed genijuszami starożytności niejedną wielką prawdę, że codzienne spostrzeganie do nich wymowniéj przemawiało i pouczało. Brakowało jednak starożytnym dobrego wytłumaczenia tych objawów życia: Mahomet nakazując bezzwłoczne grzebanie zmarłych nie miał żadnego wyobrażenia o szybkiém mnożeniu się pierwotworów zakaźnych w rozkładającém się ciele, lecz na podstawie wiekowych spostrzeżeń wierzył i wiedział, że przy zwłokach osoby zmarłéj na chorobę zakaźną najłatwiéj można zarazić się; bez wszelkiéj wiadomości o anatomii skóry ludy wschodnie do téj pory nie zbliżają się do łoża chorego w stanie spoconym, twierdząc, że się wchłonie przyrzut; nie mając wyobrażenia o prątkach myją się oni pięć razy na dobę i wypuszczają krew zwierzęciu zabitemu, chociaż o bakteryjach nic nigdy nie słyszeli. W zgodzie z temi teoryjami jest terapija ludów wschodnich: lekowanie wydalające, czy to przez wymioty, czy przez czyszczenie, czy przez poty, czy przez puszczenie krwi zajmowało i zajmuje naczelne miejsce w ich zachodach leczniczych. Gdyby kierunek nakreślony przez lekarzy starożytnych nie przestał był służyć jako nić przewodnia w badaniach patologicznych, gdyby bez przerwy do dni naszych spostrzegano i badano w duchu ich pojęć lekarskich, zawód nasz bez zaprzeczenia szczyciłby się lepszemi rezultatami terapeutycznemi. Kontemplacyjny i abstrakcyjny prąd, który panował nad umysłami w wiekach średnich, zmienił kierunek spostrzegawczy starożytnych lekarzy i wprowadził pojęcia lekarskie na bezdroża, na których dano pierwiastkom niecielesnym taką przewagę, że z nauki na wskroś doświadczalnéj medycyna stała się areną wybryków fantazyi.

Przechodząc do rzeczy zaznaczyć należy, że dziś jeszcze nie ma żadnéj podstawy do utrzymywania, że wszystkie choroby powstają z pasorzytów; natomiast wszelka wątpliwość ustać powinna co do patogenezy tych kilku chorób, w przebiegu których stale stwierdzono obecność pasorzyta, i zaszczepienie którego na zdrowym organizmie wywołuje

zawsze tęż samą gromadę symptomatów; weterynaryja i patologija roślin dostarczają nam wiele prawd analogicznych. Istnieje w całém państwie organiczném prawo: 1) że istotą wybuchu choroby zakaźnéj jest zarodek pasorzyta, którego byt i rozplen, odbywając się kosztem pierwiastków chemicznych ciała nawiedzonego, wywołują gromadę zboczeń czynnościowych, stanowiących całość chorobową; 2) ażeby zarodek rozwinął się i rozplenił należycie, potrzebuje on sprzyjającéj jego przyrodzie gleby, i pod tym względem zarodek wywołujący choroby zakaźne używa tych samych praw, które służą całemu państwu organicznemu. Już Darwin dowiódł, że między zabarwieniem skóry i włosów a pasorzytami zachodzi jakiś tajemniczy związek, skutkiem którego pewne pasorzyty mają skłonność do wyłącznego nawiedzania tylko takich organizmów, ktore posiadają to lub owo zabarwienie; lecz najwybitniéj to instynktowe wyszukiwanie pożądanéj gleby występuje na kwasie winowym, który przy tożsamości składu chemicznego raz załamuje promień polaryzujący na prawo, drugi raz na lewo; otóż kiedy chemicy, pomimo rzeczonéj różnicy fizycznéj obu odmian kwasu winowego, analitycznie nie mogą odróżnić tych odmian, pasorzyty, które wywołują burzenie kwasu winowego, nigdy nie zawodzą i nawiedzając kwas winogradowy niszczą tę jego odmianę, która promień polaryzujący załamuje na prawo, nietykając odmiany załamującéj na lewo; pasorzyty wytwarzające rdzę na bzach, jeśli nie mają tego krzewu, nawiedzają inne, lecz należące do téj saméj co i bez gromady klasyfikacyjnéj. Potrzebując dla swego bytu pewnych pierwiastków chemicznych oraz warunków fizycznych, pasorzyty władają w wysokim stopniu instynktem wyszukiwania miejsca dla swego pobytu i rozplenu, a prawda ta w całéj pełni potwierdza się i na człowieku, gdyż nietylko pewne rasy mają większą lub mniejszą skłonność do pewnych chorób zakaźnych, ale w téj saméj rasie wiek, płeć i konstytucyja mają wielkie znaczenie; dla przykładu przytaczam fakt codziennie spostrzegany, że tak trudno dający się usunąć z głowy dziecka pasorzyt, z wiekiem, gdy skóra zgrubieje, ustępuje przy stosunkowo małych zachodach; natomiast gdy sama osoba już w wieku dojrzałym popadnie w skutek choroby lub niedostatku w nędzę fizyjologiczną, pasorzyt pojawi się znowu i równie będzie trudnym do wyplenienia, a wkrótce przed śmiercią organizmu, na którym tyje, znowu opuszcza nieżyzną glebę, co już starzy lekarze uważali za złą przepowiednię. Pleśniawka, którą tak często spotykamy na błonie śluzowéj jamy ustnéj dzieci, pojawia się w wieku późniejszym tylko u takich osób, których siły podkopała jakaś obłożna choroba; to co mówię o pojedyńczym człowieku spostrzega się i na całych rzeszach, że tu przytoczę tylko dur wysypkowy, czerwonkę zaraźliwą itd., które idą w parze z głodem, towarzyszą wyprawom wojennym itd. Dla braku znajomości istoty rzeczy zwykle wyrażamy się „że organizm utracił odporność żywotną i dla tego uległ w walce z miryjadami pierwotworów“, lecz ta utrata odporności polegać musi nietylko na upadku sił żywotnych, lecz na jednoczesném wytworzeniu się takich warunków fizyczno-chemicznych, które sprzyjają rozwojowi pasorzytów, tak że zarodki, bujające w powietrzu, dostawszy się na tak dla siebie uprawioną glebę, kiełkują i mnożą się.

Raz utwierdziwszy się w przekonaniu, że przyrzut chorób zakaźnych jest tworem organicznym, odżywiającym i rozpleniającym się, że twory te dla swego bytu potrzebują właściwych sobie warunków fizycznych i chemicznych, że posiadają zdumiewający dar wyszukiwania tych warunków, sformułowanie wskazań terapeutycznych przy łeczeniu chorób zakaźnych staje się prostym wynikiem loiki; wskazania te dają się zebrać w 4 następujące grupy:

a) usunąć i zniszczyć istniejące już zarodki w mieszkaniach prywatnych, szpitalach i gdzie tylko chorzy, przebywający choroby zakaźne, wytworzyć je, pozostawić po sobie mogli,

b) nie przypuszczać do osób, cierpiących na choroby zakaźne, osób zdrowych, przerwać wszelki związek izb, w których przebywają chorzy na cierpienia zakaźne, z resztującą częścią budynku,

c) wytworzyć w ustroju nawiedzonym takie warunki fizyczne i chemiczne, które istnienie i rozplen pasorzytu czynią niemożebnym,

d) naśladując szczepienie ochronne ospą krowią wytworzyć dla każdéj zakaźnéj choroby szczepienie ochronne.

Dobra higijena mieszkań i szpitali zadość czyni wskazaniu pierwszemu. Że zarodki pasorzytów zakaźnych będąc w stanie zeschłym nie utracają zdolności plennéj nawet po upływie całych lat, że je nie zabija kadzenie, studzenie itd., izb, to stwierdziła nauka i doświadczenie, a zresztą mamy analogiję w świecie roślinnym: pszenica znajdowana w piramidach egipskich po zasianiu kiełkuje; nasiona już nieistniejącéj rośliny odszukane w szybie kopalnianym w Grecyi zasiane wydały plon itd., a wypada tu namienić, że wytrzymałość zarodków wzmaga się w odwrotnym stosunku do doskonałości organizacyi pierwotworów. Zaraźliwość przyrzutu patologicznego jest największą w chwili łuszczenia się skóry (mam na myśli ostre osutki), t. j. w tym okresie, kiedy pasorzyt, który wywołał chorobę, zakończył swój byt wydając plon uzdolniony do dalszego rozplenu, jeśli plon ten padnie na właściwą jego przyrodzie glebę; gdzież więc znajdują się te zarodki po opuszczeniu izby przez chorego? kurz łuszczącéj się skóry, wyziewy wrzodów przylepiające się i następnie przysychające do muru, pot chorego, plwociny, gąbki, szarpie, naczynia, pościel itd. wszystko co otaczało chorego, nie wyłączając powietrza, staje się rozsadnikiem przyrzutu, gdyż zawiera jego zarodki; jest więc prostém następstwem loiki, że wygubienie nasienia przyrzutu, tam gdzie ono znajdować się musi w największéj ilości, a mianowicie w salach, w których przebywali chorzy na choroby zakaźne, jest najlepszym środkiem zapobieżenia szerzeniu się epidemii. Wykadzanie sal nie jest bez pewnych korzyści, jeśli się odbywa codziennie i to w tym czasie, kiedy chorzy jeszcze zapełniają salę i przewietrzanie energiczne nie daje się zastosować; trudno jednak przypuścić, ażeby kadzenie najostrzejszemi przetworami mogło wywrzeć nader skuteczny wpływ na zaschłe w masie śluzu, na ukryte w łuskach przyskórka zarodki, których odporność jest zadziwiająca; o wiele korzystniéj działa przewietrzanie, bądź oknami, bądź piecem, bądź wentylatorem, w którego wylocie znajduje się lampa gazowa lub petrolowa; przeciąg podobny porywa ze sobą kurz, w którym zawieszone są zaschłe komórki zarodkowe przyrzutu i przez to samo już ilościowo zmniejsza ognisko zarazy, zwłaszcza jeśli powietrze takie przechodzi przez płomień lampy i pieca, w którém części organiczne spłonąć muszą. Nie będę się rozwodził nad zwykłemi zachodami czystości podłogi, naczyń, bielizny, pościeli, mebli itd.; oddawna istniejący zwyczaj wywieszania na strychu lub wolném powietrzu i trzepanie pościeli chorych na choroby zakaźne, mycie naczyń, nalewanie do nocnika kwasu karbo-

olwe o, osobne pranie bielizny, oddzielne trzymanie brudnéj, którą bądź namacza się w rozczynie kwasu karbolowego, bądź wystawia się na działanie wysokiéj ciepłoty w umyślnie na to wystawionych przyrządach, te zachody mniéj więcéj są już przestrzegane, publiczność pod tym względem dosyć już jest ostrzeżoną, a w szpitalach obowiązują do tych zachodów przepisy; lecz do czego publiczność nie ma wielkiéj ochoty, a zwierzchność szpitalna nie czyni tak dla wydatków, jak i dla niemożebności nieraz podczas długich miesięcy wypróżnienia sali, to do zniszczenia zarodków na ścianach mieszkania, w którém przebywali cierpiący na choroby zakaźne: jeśli mamy do czynienia w domu prywatnym, jeśli liczba chorych na cierpienia zakaźne nie przewyższa jednéj lub dwóch osób, pilne starcie kurzu z ścian, zmycie drzwi wodą karbolową (5%) wystarczą; inaczéj rzecz się ma w szpitalach, gdzie przebywają czasem setki chorych w ciągu kilku miesięcy; tu pasorzyt wypełnia wszystkie nierówności muru, stanowi na nim rodzaj tynku, nie dającego się zetrzeć; zwykłe zachody czystości nie wystarczą, należy ściany powleczone szklem wodném zmyć gąbką namoczoną w 5-procentowym kwasie karbolowym, a wszystkie inne wyprawy oskrobać i na świeżo wyprawić wapnem.

(Dokończenie nastąpi.)

II. O leczeniu padaczki.

Skreślił Dr. **Laskiewicz**,
Lekarz w Zakładzie kulparkowskim.

(Rzecz czytana na posiedzeniu sekcyi lwowskiéj Tow. lek. gal. d. 6 listopada 1880 r.)

Epilepsyja, która bardzo często jest przyczyną różnego rodzaju zboczeń umysłowych, lub téż z niemi się kombinuje, musi szczególną zwracać na siebie uwagę nie tylko neuropatologów, ale i psychijatrów. Badanie téj choroby okazującéj przebieg często różnorodny, powstającéj z najrozmaitszych przyczyn i różne pociągającéj za sobą następstwa chorobowe jest przedmiotem ze stanowiska naukowego bardzo ciekawym; a badanie to oprócz teoretycznéj ma wielką praktyczną doniosłość. Tu przedewszystkiém należy uwzględnić jéj terapiję, nad którą teraz nieco się zastanowię.

Ciężka ta choroba, która czasem nagle zabija człowieka, częściéj atoli czyni go na całe życie kaleką, często niezdolnym do żadnego zajęcia a dla społeczeństwa nieprzydatnym, nawet bardzo szkodliwym, choroba, która z pokolenia na pokolenie, z podziwienia godną regularnością, przechodzi, niszcząc wreszcie całe pokolenia, już od dawnych lat zajmowała lekarzy i nielekarzy, którzy z równą prawie gorliwością empirycznie szukali środków leczniczych.

Nie będę się na tém miejscu rozwodził nad wymienieniem dawniéj używanych leków, należących już do historyi, poniekąd nawet do dziedziny bajek, wspomnę tylko, że do ostatnich lat dziesiątków jako środki poniekąd skuteczne uchodziły: *Zincum valerianicum*, *Flores Zinci*, *Nitras argenti*, *Zincum hydrocyanicum*, *Zincum aceticum*, *Chininum sulfur.*, *Arsenicum album*, *Radix artemisiae vulg.*, ale przy szybkim postępie umiejętności lekarskiéj przeszły prawie już całkiem w zapomnienie, ustępując innym, daleko pewniéj działającym środkom, wynalezionym również na drodze empiryi.

Często pytają się lekarze i nielekarze, czy epilepsyja może być całkowicie wyleczoną? Na to pytanie nie możemy jeszcze dać stanowczéj odpowiedzi; tak dalece nie dojrzały jeszcze owoce racyjonalnych doświadczeń klinicznych, gdyż najdzielniejsze, obecnie prawie wszędzie używane, środki lecznicze: *Kalium bromatum* i *Atropinum sulfur.* dopiero od kilkunastu lat są w używaniu; a nadto, ażeby powiedzieć że pewien środek całkowicie epilepsyję uleczył, trzebaby chorego, przy ciągłém lub przerywaném użyciu tego środka, obserwować przez całe życie, ponieważ często się zdarza, że epilepsyja wcale nieleczona długie robi odstępy w swym przebiegu, odstępy nawet kilkunastoletnie. Najprawdopodobniéj niezadługo będzie można stanowczo twierdząco odpowiedzieć na powyższe pytanie.

Epilepsyja bywa bardzo często jedyną przyczyną różnego rodzaju zboczeń umysłowych, szału, pomięszania umysłu, ale najczęściéj ogłupienia; lub téż bywa ona jakoby podstawą choroby umysłowéj, niby to ukrywającéj napady padaczkowe w ten sposób, jak to różne, peryjodycznie powtarzające się cierpienia nerwowe, przedewszystkiém nerwobóle, według zdania wielu lekarzy, mają być jakoby transformacyją napadów zimniczych; wielu psychijatrów nazywa takie choroby umysłowe (przeciw którym niekiedy skutecznie działa chinin) padaczką utajoną, równoważnikiem padaczkowym. Jeśli padaczka w latach dziecięcych się rozpoczyna, jeśli napady są częste i gwałtowne, to z pewnością orzec można, iż różne postacie zboczeń umysłowych do nich się przyłączą, przedewszystkiém ogłupienie, które tém szybciéj postępuje im gwałtowniejsze i częstsze są napady padaczki. Nie jest to jednak prawidłem bez wyjątku i tak znany mi jest przypadek epilepsyi bardzo gwałtownéj i dość często się powtarzającéj, dotkniętą była nią 60 letnia kobieta, u któréj aż do śmierci, w 61 roku życia, pamięć i inteligencyja, w okresach wolnych od napadów, dość dobrze była zachowaną; padaczka miała istnieć u téj osoby lat 4; prawda i to, że cały przebieg i rodzaj epilepsyi był odrębny, można nawet powiedzieć, rzadki (będzie on w tym tygodniku w swoim czasie opisany), jako téż niezwykłe były okoliczności towarzyszące wytworzeniu się epilepsyi u téj choréj.

Jeśli mamy do czynienia z napadami epileptycznemi nietypowemi, nieczystemi, lecz napadami padaczkowatemi (*epileptoide, epileptiforme Anfälle*), przypadowemi, następowemi, które mogą być wywołane zmianami, po śmierci namacalnie udowodnić się dającemi, to łatwo przekonać się możemy, że atropin mało co, a bromek potasu tylko chwilowo skutkuje, że czasem tylko same napady, jako przypad choroby, nie zaś samą chorobę usuwa lub zmniejsza gwałtowność i częstość napadów. W takich przypadkach jednak nieco pewniéj działa jodek potasu, jako środek, który przyspiesza sprawę rozpadu i wsiąknięcia wypocin; jodek potasu przynosi nawet ulgę niekiedy w porażeniu ogólném postępowém, chorobie zazwyczaj uznawanéj za nieuleczalną, a często bardzo wywołującéj napady, mające podobieństwo do apoplektycznych, częściéj jeszcze do epileptycznych. Najskuteczniéj działa a nawet usuwa jodek potasu napady padaczkowe wtedy, gdy przyczyną ich jest sprawa kiłowa ośrodków nerwowych.

Bromek potasu i atropin działają najskuteczniéj w typowéj, czystéj epilepsyi, któréj przyczyny mogą być: nieforemność czaszki (w skutek urazu, krzywicy kości czaszkowych), wodogłowie, wczesne płodowe zmiany mózgu i jego otoczenia lub téż twardziel rożków ammonowych (*sclerosis cornuum Ammonis*), o którym niewiadomo jeszcze, czy jest przyczyną lub téż raczéj skutkiem epilepsyi.

Bromek potasu jest najdzielniejszym środkiem, prawdziwie swoistym przeciw padaczce; działa on przeważnie uspokajająco przeciw ogólnemu lub częściowemu (np. płciowemu) podrażnieniu nerwów i ośrodków nerwowych, jak to liczne doświadczenia nauczyły w różnych innych chorobach, połączonych z ogólném lub miejscowém podrażnieniem nerwowém. Leczenie każdego epileptyka należy rozpocząć od podawania tego właśnie środka, a mianowicie w sposób następujący: Zaczyna się od 1 grama bromku potasu w rozczynie i podaje się tę dawkę w ciągu dnia lub lepiéj jeszcze tylko wieczorem, ponieważ napady epileptyczne najczęstszemi i najgwałtowniejszemi bywają w nocy, u wielu epileptyków w ogóle we dnie się nie pojawiają; zarazem bromek potasu sprowadza sen i jako lekki środek nasenny bardzo często jest używany w praktyce psychijatrycznéj. Zapisuje się np. *Kalii bromati* 1.0

Aq. dest. 100.0

M.. D. S. Spotrzebować w ciągu dnia lub wypić przed spaniem.

Jako przyprawę do usunięcia dla niektórych przykrego, dość znacznie słonego, smaku bromku potasu można dodać *Syr. cort. Aurant.* Jeżeli napady jeszcze się powtarzają, to trzeba po każdym napadzie o 1 gram dawać więcéj bromku potasu; ilości wody nie trzeba wcale powiększać w tym samym stopniu, gdyż bromek potasu bardzo łatwo się rozpuszcza, tak iż np. 10 gramów rozpuszczają się łatwo w 500 grm. wody; rozczyn może być przy większych dawkach nieco więcéj stężonym, należy tylko powiększać ilość przyprawy; więcéj wody dawać nie należy, bo dzieci czasem niechętnie piją znaczną ilość zwłaszcza tego słonego leku. Większą ilość rozczynu można rozdzielić na kilka dawek, mających być w ciągu dnia spotrzebowanemi. Z powodu dość znacznéj drogości tego leku można go zapisywać w rozczynie zwykłéj wody, zamiast przekroplonéj albo w proszku (w drobnych kryształkach), po 1 gramie, który chory sam sobie łatwo może rozpuścić.

Co się tyczy kwestyi, jak znaczną ilość bromku potasu na dzień bez szkody podawać można, to na to odpowiedzieć muszę, że to zależy od indywidualności chorego. U niektórych już nieznaczne, kilkugramowe, mniéj więcéj długi czas podawane dawki bromku potasu wywołują objawy chorobowe, pochodzące z przesycenia organizmu. Inni znowu w ciągu kilku miesięcy, nawet przez kilka lat, znoszą dzienne dawki 10—15 gramów, a przez kilka miesięcy dawki 20—25—30 gramów, bez znacznych następstw szkodliwych. W zeszłym roku z dobrym skutkiem zastósowano w szpitalu kulparkowskim kuracyję bromową u 18-letniéj panienki, dotkniętéj szaleństwem z cechą znacznego rozweselenia i podniecenia płciowego. Zaczęto od 15 grm. bromku potasu i podawano każdego następnego dnia o 5 grm. więcéj, najwyższą dawkę 60.0 grm. brała chora przez kilka dni; po parotygodniowéj kuracyi takiéj pokazało się na skórze u choréj kilka porozrzucanych guziczków nadto nastąpiły objawy, które bromek potasu zwykle wywołuje, a mianowicie: stłumienie umysłu, a więc cel kuracyi był osiągnięty; chora zapadła w stan, że tak powiem, sztucznéj zadumy, stała się obojętną na wszelkie wrażenia zewnętrzne, smutną, przygnębioną, małomowną; czasem płakała nawet; spostrzedz można było lekkie bardzo porażenia, mowa była nie całkiem wyraźną, chód był nieco chwiejny; chora czuła się osłabioną, była niezadowoloną i miała w głowie uczucie jakoby odurzenia; po usunięciu bromku potasu wszystkie te objawy ustąpiły, a późniéj w okresie miesiączkowania, jak zwykle u téj choréj, znowu się powtarzały lekkie objawy szaleństwa ale już nie tak częste, okresy szaleństwa trwały już nie tak długo, wesołość już nie była tak wyuzdaną, podniecenie płciowe było przytłumione.

Jak środki swoiste w ogóle, bromek potasu ma swych wielbicieli i to takich, którzy sądzą, że tylko tym środkiem każdego epileptyka leczyć należy, a o skuteczności i użyciu atropinu nic wiedzieć nie chcą, którzy nawet dawki 100 gramowe polecają sądząc, że chorzy takie dawki zniosą. Atropin ma także swych zwolenników, którzy przypisują bromkowi potasu wiele szkodliwych skutków, a na objawy otrucia atropinowego obojętném patrzą okiem. Otóż zadaniem mojém jest ściśle oznaczyć, kiedy jeden a kiedy drugi z tych leków podawać należy, słowem omówić i wyjaśnić kwestyję wskazań i przeciwwskazań obu tych środków.

Każdy z tych leków ma swe dobre, ale także i złe strony. Dobremi własnościami bromku potasu są: najpierw, że należycie używany, usuwa napady lub też sprowadza znaczne polepszenie w każdéj czystéj typowéj epilepsyi; powtóre, że przynajmniéj na początku, każdy chory łatwo go znosi, jedném słowem lek ten nie wywołuje objawów otrucia ostrego. Racyjonalne, systematyczne używanie bromku potasu polega na tém, że, jak już wyżéj wspomniałem, należy po każdym nowym napadzie padaczkowym powiększać dawkę dziennie o 1 gram, począwszy od 1—3 grm. aż do ilości 20—25 grm.; największéj dawki bromku potasu, po któréj użyciu napady ustają, trzeba używać nadal codziennie w ciągu kilku lat i miesięcy i tylko ostrożnie można ją późniéj znowu zmniejszać; wtedy jest prawdopodobném, że chory będzie od napadów wolny. Nie tylko w padaczce przynosi bromek potasu znaczną ulgę, ale i w wielu postaciach obłąkania, jeśli chorzy okazują nadmiar ruchliwości, znaczną ogólną drażliwość, a szczególnie podniecenie płciowe i wygórowaną wesołość; najskuteczniéj działa bromek potasu w formach obłąkania połączonych z padaczką lub imitujących epileptyczne napady, tj. w takich napadach typowo-peryjodycznie się powtarzających, w których chory regularnie przed każdym napadem doznaje bólu lub jakiegoś nieprzyjemnego uczucia innego rodzaju albo też złudzeń zmysłowych zawsze jednakich, późniéj wpada nagle w stan rozdrażnienia, tracąc nagle lub stopniowo całkowicie lub częściowo przytomność, wyprawiając niedorzeczne, gwałtowne czyny bez wszelkiego planu i rozwagi, lub też mówi tylko bez sensu i związku i o tém wszystkiém wcale nic lub tylko nieco pamięta. Właśnie w obłąkaniu, a mianowicie w szale połączonym z padaczką albo też w padaczce prostéj, połączonéj z rozdrażnieniem, spostrzeżono, że wprawdzie napady epileptyczne całkiem ustają, ale natomiast drażliwość chorych się wzmaga, szał staje się częstszym i gwałtowniejszym; to właśnie jest wskazówką, że trzeba dawkę bromku potasu powiększyć; wtedy to dopiero i napady padaczkowe i napady szału ustają i następuje depresyja. (Dok. nast.)

III. Kazuistyka sądowolekarska. [1])

Sprawozdanie z ważniejszych przypadków

podał prof. Dr. **Blumenstok**.

VIII. Skrytobójstwo. Śmierć z udaru mózgowego lub uduszenia.

Jakób Pabis, włościanin lat 52 liczący, kawaler, z nikim

[1]) Zob. N. 22 i 25 z r. 1830.

nie żyjący, mieszkał we wsi we własnéj chałupie, a uchodził za człowieka skąpego i majętnego. Daleki krewny jego i najbliższy sąsiad spostrzegłszy w pierwszych dniach marca, że chałupa zamknięta na kłodkę od zewnątrz a Jakóba P. nie widać, dał znać wójtowi, który wszedłszy do chałupy znalazł Jakóba P. nieżywego, w komórce ciemnéj leżącego na kupie ziemniaków na wznak, cokolwiek tułowiem na bok skierowanym, ubranego zupełnie; na brzuchu leżał kamień ważący około 70—80 funtów pochodzący prawdopodobnie z kapusty, takimże kamieniem przytłoczonéj. W ustach otwartych zmarłego znaleziono wepchnięty ziemniak a prawa skroń zbroczona była krwią, którą powalane były i ziemniaki w pobliżu trupa leżące.

Komisyja sądowolekarska delegowana przez sąd powiatowy w d. 5 marca udała się na miejsce, a lekarze sądowi Drowie B. i K. uskutecznili sekcyję, któréj wynik jest następujący:

Oględziny zewnętrzne. 1) Zwłoki mężczyzny lat 52 liczącego, licho odżywionego. 2) Lice lewe krwią skrzepłą zbroczone, tak samo włosy i otwory przednie jamy nosowéj. Jako źródło krwotoku okazuje się: 3) rana 4 cm. o brzegach nierównych, poszarpanych, nawet w jednym brzegu znacznie zastrzępionych, przebiegająca od góry ku dołowi, znajduje się w okolicy nadczołowéj lewéj, przenika całą grubość skóry i sięga aż do kości, która nie jest nadwerężoną. 4) W okolicy kości bocznéj prawéj rana 1 cm. długa, kształtu mniéj więcéj podobnego do rany powstającéj po przystawieniu pijawek, przenikająca wszystkie części miękkie aż do saméj kości. 5) Na szyi w okolicy krtani widzieć można charakterystycznie ułożone zdarcie przyskórka, mianowicie jedno zdarcie przyskórka umieszczoném było po stronie prawéj, a reszta w czterech miejscach po stronie lewéj krtani, które w rzędzie poziomym jedno pod drugiém się znajdowały. 6) Zresztą nie znaleziono innych uszkodzeń na powłokach powszechnych.

Oględziny wewnętrzne. 7) Po odjęciu powłok powszechnych czaszki znajduje się znaczne wynaczynienia krwi na sklepieniu czaszki, zajmujące prawie całą powierzchnię sklepienia, które grubą warstwą skrzepów krwi zbroczoném było 8) Kość boczna prawa, mianowicie w miejscu połączenia się téjże z częścią łuskową kości skroniowéj, złamana i to w kilku miejscach na kilka odłamków promienisto ze sobą z jednego punktu się zchodzących 9) Zatoki mózgowe i twardówka krwią żylną przekrwione. 10) Na błonie miękkiéj mózgu znaczna wynaczynionka, zajmująca całą wypukłość obydwóch półkul mózgowych. 11) Mózg, prócz przekrwienia żylnego nieznacznego, nie przedstawia żadnych innych nieprawidłowości. 12) Po wyjęciu mózgu z jamy czaszki widzieć można złamania kości na podstawie czaszki; mianowicie w miejscu połączenia się części kości łuskowéj kości skroniowéj prawéj z skrzydłami wielkiemi kości klinowéj i z końcem piramidy kości skalistéj. 13) Preparując według porządku anatomicznego okolicę szyjną, widzieć można kilka wynaczynionek wielkości czterocentówki na tkance łącznéj podskórnéj i międzymięśniowéj po stronie lewéj, najwięcéj w okolicy lewego płatu gruczołu tarczykowego, który to płat był w torbiel przeobrażonym i znacznie powiększonym. 14) Róg lewy większy kości gnykowéj od podstawy téjże kości odłamany i wiszący tylko na częściach miękkich. 15) Krtań sama nie uszkodzona, również nie znaleziono ciała obcego w drogach oddechowych, wyjąwszy surowy ziemniak w jamie ustnéj po za zębami umieszczony. 16) Płuca przyrośnięte do opłucny żebrowéj przedstawiają znaczne zabarwienie barwikowe, nieżyt chroniczny miernego stopnia w oskrzelach drugorzędnych i na obydwóch szczytach gruzełki prosowate w licznych miejscach, pomiędzy któremi miąższ był tylko przekrwiony, natomiast dolne tylne płaty obydwóch płuc były znacznie przekrwione i surowiczo obrzękłe. 17) Serce i wielkie naczynia próżne, zresztą nic nieprawidłowego nie przedstawiają. 18) Po odpreparowaniu skóry klatki piersiowéj spostrzeżono kilka wynaczynionek między warstwami mięśni przyczepionemi w okolicy przodkowéj klatki, mianowicie w linii sutkowéj lewéj. 19) Następnie sprawdzono złamanie żeber od 2go do 10go po stronie lewéj w linii sutkowéj, w klatce piersiowéj zaś żadnego wynaczynienia nie wykazano. 29) Reszta trzew umieszczonych w jamie brzusznéj nic godnego wzmianki nie przedstawiała. 21) Przed napisaniem orzeczenia jeszcze raz na zwłokach szukano śladów usiłowanego oporu, lecz takowych nie znaleziono, również oględziny paznokci rąk nie wykazały włosów, lub innych znamion, mogących służyć do wykrycia sprawcy.

Na podstawie tego wyniku sekcyi pp. obducenci wydali następującéj treści orzeczenie:

Obdukcyja zwłok wykazała: *a*) złamanie czaszki, tak na podstawie jakoteż na sklepieniu téjże, powikłane z ranami na skórze czaszki, a jako następstwo tego złamania rozległe wybroczyny tak na zewnątrz czaszki, jakoteż pod błoną miękką. *b*) Ucisk znaczny w okolicy krtani z wynaczynionkami i ze złamaniem kości gnykowéj, *c*) złamanie kilku żeber.

Co do *a)* uszkodzenie to powstało w skutek uderzenia narzędziem ciężkiém tępém i ostrokrawędzistém, twardém, najprawdopodobniéj kamieniem i zadaném zostało znaczną siłą, tak że wywołało pęknięcie czaszki, a jako następstwo tegoż udar mózgowy. Uszkodzenie takie należy do bezwarunkowo ciężkich, śmierć zwykle za sobą pociągających.

Co do *b)* uszkodzenie to najpewniéj powstało w skutek dławienia ofiary za pomocą palców wielką siłą, jak za tém świadczy ułożenie opisanych zdarć przyskórka, wynaczynionki i złamania kości gnykowéj. Uszkodzenie takie należy do ciężkich, nawet życiu zagrażających, jeżeli ucisk trwa czas dłuższy.

Co do *c*) złamanie żeber należy do uszkodzeń ciężkich i powstało ono w skutek ucisku z siłą wielką wywartego na klatkę piersiową, prawdopodobnie albo przez kolankowanie albo kopanie nogami.

Rana opisana pod l. 3 oględzin, powstała w skutek uderzenia narzędziem tępokrawędziastém twardém np. kamieniem lub kijem i jako pojedyńcza rana należy do uszkodzeń lekkich.

Najbliższą przyczyną śmierci w obecnym przypadku był udar mózgowy, bliżéj opisany w orzeczeniu pod lit. *a*). Co się zaś tyczy reszty uszkodzeń, wyjąwszy wspomnianą ranę skórną lekką na czole, to takowe są ciężkie, w obecnym zaś przypadku, ani każda z osobna, ani razem wzięte, nie były bezpośrednią przyczyną śmierci.

(Dokończenie nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Litten (z kliniki prof. Frerichsa): **O niektórych zmianach w oku, ciekawych ze stanowiska klinicznego.**

I. Zmiany na dnie oka w niedokrewności powszechnéj.

Objawy, wywołane w oku przez niedokrewność, występują już to jako niedokrewność siatkówki i n. wzrokowego, już téż jako zmiany ich tkaniny. W pierwszym razie znajdujemy u osób mocno niedokrewnych obie tarcze n. wzrokowych niezwykle blade, lecz ostro ograniczone. Bladość wzmaga się zwolna, aż wreszcie tarcza staje się zupełnie białą, atoli bez sinawego odcienia cechującego zanik z przyczyn pozaocznych. Naczynia siatkówkowe, zrazu prawidłowo grube, zwężają się późniéj i robią wrażenie jakby wypełnione były treścią niezwykle jasną; w ciężkich przypadkach znika wszelka różnica między tętnicami i żyłami. Całe dno oka przybiera również barwę uderzająco jasno-czerwoną. Wzrok pozostaje przy tém prawidłowy. Zmiany te są tak właściwe, że z obrazu wziernikowego rozpoznać można niedokrewność powszechną, są one nawet bardziéj cechujące od wszelkich innych zmian na dnie oka, które w późniejszym przebiegu ciężkich przypadków niedokrewności występują, ale się także w innych sprawach chorobowych pojawiają. Takiemi są wynaczynionki i białe albo szarawe plamki w siatkówce, a oprócz tego niekiedy zapalenia siatkówki i n. wzr., rozpoczynające się od lekkiego, prążkowanego zaćmienia tarczy, a sprowadzające bardzo szybko zamglenie naczyń w jéj obrębie. W dalszym przebiegu spostrzegamy białawe zaćmienie siatkówki, towarzyszące naczyniom w postaci to węższych to szerszych białawych smug, które w ciężkich przypadkach zakrywają naczynia zupełnie. Rzadziéj wydarza się znaczniejsze obrzmienie tarczy. Badanie anatomiczne sprawdziło przyrodę zapalną tego ostatniego cierpienia. Zapalenie n. wzr. ograniczało się do saméj tarczy i nie przekraczało blaszki sitkowatéj ku tyłowi. W przypadkach czystéj niedokrewności siatkówki nie znachodzi się zmian szczególnych.

Ani czysta niedokrewność siatkówki ani miejscowe zmiany, jak wynaczynionki i białe plamy, nie upośledzają wzroku, chyba że wynaczynionki są rozleglejsze albo zajmują środkową część siatkówki, natomiast cierpi wzrok w postaciach zapalnych mocniéj, a często niestosunkowo do zmian anatomicznych. Żadna z opisanych zmian dna oka nie łączy się z pewną tylko postacią albo okresem niedokrewności, lecz owszem każda z nich wystąpić może w niedokrewności wyższego stopnia. Mniemanie, jakoby wynaczynionki wydarzały się wyłącznie tylko w tak zwanéj niedokrewności postępowéj, złośliwéj, jest mylném, gdyż autor spostrzegał je, równie jak i białe plamy, w przypadkach niedokrewności wszelkiego, najróżnorodniejszego pochodzenia i z rozmaitém zakończeniem, byle tylko jéj stopień był wysoki, bez względu na to, czy niedokrewność powstała nagle lub się wytworzyła zwolna. Pod względem rozpoznania i rokowania mają więc te cierpienia siatkówki tylko o tyle znaczenie, o ile dowodzą wysokiego stopnia niedokrewności, nie pozwalają atoli nic wnosić co do pomyślnego lub śmiertelnego zakończenia.

Te zmiany w siatkówce, powstające skutkiem niedokrewności, zwłaszcza zaś wynaczynionki i białe plamy wydarzają się częściéj, niż powszechnie sądzą, ale autor nie spostrzegał ich, z wyjątkiem niedokrewności samoistnéj, w żadném cierpieniu tak często i stale jak w przypadkach raka macicy, tutaj zaś zupełnie niezawiśle od rozległości zwyrodnienia rakowatego, lecz zależnie od stopnia niedokrewności. Wszystkie przypadki raka macicy, w których autor napotykał wynaczynionki i białe plamy w siatkówce, dotyczyły prawie bez wyjątku osób bardzo otyłych w wieku stosunkowo młodym, okazujących zewnętrznie wybitny obraz niedokrewności najwyższego stopnia. Trupią bladością skóry obok znacznéj tuszy robią te chore właściwe wrażenie i przedstawiają obraz cechujący, który raz widziany łatwo zawsze poznać; nad sercem, zwłaszcza w środku mostka, słychać u nich bardzo głośny szmer skurczowy z cechą niekiedy śród- niekiedy znów osierdziową, przeciągający się niekiedy po za skurcz i trwający jeszcze podczas rozkurczu serca. Krew bywa uderzająco jasno-czerwona, nie zdołano jednak wykazać pomnożenia ciałek białych. Przy oględzinach pośmiertnych znajdowano trzewa, zwłaszcza zaś serce i nerki, otoczone potężnemi warstwami tłuszczu, lecz zastawki prawidłowe. Ten sam obraz z takiemi samemi zmianami wziernikowemi w siatkówce znaleziono u mężczyzny 58-letniego, zmarłego skutkiem pierwotnego raka nerki z przerzutami w wątrobie i nadnerczach.

Zapalenie nareszcie nerwu wzrokowego lub n. wzrokowego i siatkówki wydarza się o wiele rzadziéj w przebiegu niedokrewności przewlekłéj, aniżeli po obfitéj utracie krwi (z żołądka, nosa, jelit itd.), i zdaje się zależeć mniéj od saméj niedokrewności niż od wpływów dotąd jeszcze nieznanych. To samo tyczy się nagłéj ślepoty, występującéj w podobnych warunkach. Zmiany zapalne w siatkówce i czuble n. wzr. powstają zwykle dopiero w ciągu pierwszego lub drugiego tygodnia po utracie krwi i sprowadzają niekiedy zanik n. wzr., w jednym atoli przypadku wykazał je autor już 18 godzin po wymiotach krwawych. Jeżeli utrata krwi nie sprowadzi śmierci, sprawa zapalna może ustąpić, częściéj przecież sprowadza ślepotę.

II. Zmiany na dnie oka w powszechnym zastoju żylnym.

W przypadkach zastoju żylnego, będącego skutkiem chorób odetchów i przyrządu krążenia, napotykamy obraz wziernikowy, prawie wprost przeciwny jak w niedokrewności, t. j. mniéj lub więcéj wybitne przekrwienie tarczy i żył. Dno oka bywa niezwykle ciemne, niekiedy czarniawo-czerwone, tarcza również nieprawidłowo ciemno czerwona, tak, iż różnica w jéj zabarwieniu i dna oka niemal znika. Obok tego jednostajnego, rozlanego zaczerwienienia tarczy widać niekiedy w obrazie prostym gęsto obok siebie i w kierunku promienistym przebiegające naczyńka, które się w skutku silnego przekrwienia naczyń włosowatych stały widocznemi. Naczynia siatkówki okazują aż do najdrobniejszych rozgałęzień znaczne zgrubienie obok wydłużenia objawiającego się pokręceniem, niekiedy wznoszą się one w stromych łukach ku powierzchni siatkówki i pogrążają się tak samo w głąb Główne pnie żylne mają czasem 0,2mm. w średnicy, a im bardziéj są rozdęte i przedstawiają się w skróceniu, tém ciemniejszy bywa słup krwi, tak, iż niekiedy naczynia wydają się jakby atramentem wypełnione. Ale jeżeli ten obraz przekrwienia siatkówki jest wprost przeciwny obrazowi niedokrewności, to pod innym względem okazują one oba te same zmiany, mianowicie wynaczynionki, białe plamy i oznaki zapalenia siatkówki i n. wzrokowego. W wyższych stopniach zastoju w żyłach siatkówkowych powstają wybroczyny z po-

cząstku skutkiem dyjapedezy, później skutkiem pękania naczyń, bywają one podłużne w sąsiedztwie żył, to znów małe, okrągłe dokoła tarczy. Białe plamy, tak częste w niedokrewności, wydarzają się w przekrwieniu zastoinowém bardzo rzadko. Autor widział je tylko trzy razy, a zawsze w towarzystwie wynaczynionek. Częściéj napotyka się je przy równoczesném zapaleniu n. wzr. i siatkówki.

Sprawy zapalne wydarzają się częściéj aniżeli w niedokrewności. Objawiają się one zastoinowém przekrwieniem żył, niekiedy zwężeniem tętnic i mocném a stromém obrzmieniem tarczy, mocno zaczerwienionéj, któréj granice są zamazane. Późniéj zaczerwienia się, obrzmiewa i zaćmiewa tarcza coraz bardziéj, tak, że naczynia zostają w jéj obrębie całkiem zakryte, a nawet w siatkówce towarzyszy im białe, prążkowane zaćmienie.

Przyczyny tych zmian w siatkówce bywają po części miejscowe, po części ogólne. Pierwsze zależą od przeszkód krążenia, które utrudniają odpływ krwi żylnéj z jamy czaszkowéj, ostatnie zaś od zastoju w obrębie żył krążenia wielkiego i małego. Pominąwszy przemijające zastoje skutkiem silnego kaszlu, wymioty, napady padaczkowe, silne działanie tłoczni brzusznéj przy zamkniętéj głośni, należą tutaj przewlekłe cierpienia płuc i serca. Autor spostrzegał najczęściéj wynaczynionki i sprawy zapalne przy rozedmie płuc powikłanéj z przewlekłym nieżytem oskrzeli, przy kifoskoliozie i samoistném powiększeniu serca, jeżeli przekrwienie w zakresie żył dochodziło do wysokiego stopnia, co jest *conditio sine qua non*. Przerost lewéj komórki serca ułatwia wystąpienie wynaczynionek przy równoczesnym zastoju żylnym, sam przez się nie wywołuje ich jednak, tak samo jak udar mózgowy.

Co jest powodem zmian zapalnych w siatkówce, tego dotąd nie wiemy, tyle jest rzeczą pewną, że tak sam zastój żylny jak i sama niedokrewność nie wywołują zapalenia, muszą więc działać jeszcze inne nieznane przyczyny. Że taką przyczyną nie może być równoczesne utrudnienie przypływu tętniczego, jak Leber sądzi, przekonał się L. za pomocą licznych doświadczeń, przy których utrudniał równocześnie przypływ tętniczy i odpływ żylny. Udało mu się w ten sposób wywołać wynaczynionki w siatkówce, ale nigdy zapalenia.

Autor opisuje następnie szczegółowo dwa przypadki rozedmy płuc z rozległym nieżytem oskrzelowym, silną gorączką i sinicą, w których obok nadzwyczaj mocnego rozdęcia i pokręcenia żył siatkówkowych aż do najdrobniejszych rozgałęzień, oznak zapalenia siatkówki i n. wzrokowego z miernem obrzmieniem tarczy, spostrzegal mnóstwo wynaczynionek w siatkówce o właściwéj, ściśle okrągłéj, do monet podobnéj postaci, ułożonych częścią obok gałązek tętniczych, głównie jednakże obok pni żylnych na podobieństwo jagód na szypułce, które, jak oględziny pośmiertne w jednym z tych przypadków wykazały, zalegały już to w środkowych i tylnych warstwach siatkówki, już też w warstwie włókien nerwowych.

Prof. Rydel.

(Dokończenie nastąpi).

Dr. Wł. Lesser: **Bąblowiec** (*echinococcus*) **okołoopłucnowy i przebicie się tegoż po za sutek.**

U kobiety 35-letniéj znachodzi się po lewéj stronie klatki piersiowéj po nad i po za lewym sutkiem, nieco ku dołowi zepchniętym, guz wielkości dobréj pięści od 3 lat trwający i bez przyczyny powstały; guz ten jest nieco przesuwalny, nie bardzo napięty, skórą prawidłową pokryty, z nią niezrośnięty i nieco chelboczący; gruczoły pachowe niepowiększone; odgłos wypukowy w obwodzie guza aż ku linii pachowéj przytępiony, szmery oddechowe prawidłowe; w ostatnich czasach sprawia choréj nieraz silne bóle. Przypuszczano obecność albo tłuszczaka pozasutkowego, albo rozmiękłego chrząstniaka żeber, zapalenia ropnego okostnéj, *empyema necessitatis* albo wreszcie pozasutkowego podskórnego bąblowca i postanowiono po zrobieniu punkcyi próbnéj w danym razie nowotwór wyjąć albo też ropień przeciąć przepłukać i stósownie wydrenować.

Przy punkcyi próbnéj otrzymano tylko kilka kropli krwawéj cieczy, przecięto przeto skórę na zewnątrz od sutka cięciem 5 cm. długiém, na wolnym brzegu mięśnia piersiowego ku górze idącém, podniesiono ku górze m. piersiowy i m. *serratus ant.* i odsłonięto dwa guzy, z których jeden był wielkości cytryny, drugi na zewnątrz od pierwszego wielkości małego jabłka, oba były bardzo mało napięte i przylegały silnie do klatki piersiowéj. Przy ucisku większego guza znikała po części treść jego, a przy dalszym ucisku można było przednią ścianę torbiela wepchnąć palcem w otwór znajdujący się na dnie guza, a prowadzący do jamy piersiowéj; przy przypadkowém pęknięciu torbiela wylało się około 300 grm. cieczy cechującéj torbiele wieńcogłówkowe i zawierającéj mniejsze pęcherzyki, jedne z treścią jasną, inne z mętną, tudzież haczyki i wieńce haczykowate. Przy nacięciu drugiego torbiela napotkano na dnie jego znowu otwór przez który można było wejść palcem do jamy piersiowéj i przekonać się, że torbiel zawiera jamę wrzecionowatą o ścianach gładkich a tak grubych, że je tylko cokolwiek można było ucisnąć ku miąższowi płucnemu. Ku tyłowi i ku górze blizko środka łopatki można było wyczuć w klatce piersiowéj trzeci otwór, lecz mniejszy od poprzednich. Otwory te leżały w przestrzeniach międzyżebrowych, a przylegające żebra w obwodzie były obnażone i szorstkie.

Przy takim stanie rzeczy obcięto przednie ściany torbiela wywinięte na zewnątrz tuż przy samych otworach, wsunięto dwa dreny grube do jamy w klatce piersiowéj się znajdującéj a dwa inne między części miękkie zewnętrzne i zbliżono brzegi rany drutem srebrnym ku sobie. Zagojenie się torbiela na wzór ropnia zimnego lub między-opłucnowego nie przedstawia nic ciekawego, dość powiedzieć, że chora po 3ch miesiącach zupełnie była wyleczoną. Przypadek niniejszy oprócz rzadkości jest ciekawy także z powodu wątpliwości, jaką drogą dostały się do opłucnéj wieńcogłówki? L. tłumaczy to w następujący sposób: Zarodki wieńcogłówek dostały się przez żyły wątrobowe do serca i płuc, pod opłucną rozwijała się na przedniéj i pachowéj powierzchni płuc bardzo powoli większa hydatida, przyczém nastąpił zrost obu blaszek opłucnéj przedstawiających ścianę torbiela przednią, przylegającą do klatki piersiowéj, podczas gdy od płuca odgraniczała go ściana wytworzona ze zgęszczonéj tkanki łącznéj. Przy powiększaniu się torbiela nastąpił zanik części miękkich międzyżebrowych i wypuklenie się torbiela przez powstające w międzyżebrzach otwory na zewnątrz. (*Deutsch. med. Woch.* Nr. 1, 1881).

(Już po napisaniu tego sprawozdania na podstawie artykułu zamieszczonego w 1ym Nrze tygodnika berlińskiego spotkaliśmy się z tymże samym artykułem po polsku umieszczonym w Nrze 3 *Gazety Lekarskiéj*. Sprawozd.)

Dr. T. W.

F. Riegel: **Przyczynek do rozpoznawania odmy piersiowéj.**

Już po stwierdzeniu odmy piersiowéj nie małego jest znaczenia oznaczenie, czy jest otwartą lub zamkniętą, t. j. czy otwór w miąższu płuc i opłucnéj płucowéj pozostał otwarty, czy się też częściowo zasklepił, lub wreszcie całkowicie zamknął. Pewnych cech rozpoznawczych w tym kierunku brak, podawane bowiem są tylko warunkowe i tak np. zmiana w wysokości odgłosu wypukowego przy otwarciu i zamknięciu ust, odkrztuszanie znacznéj ilości plwocin ropiastych (*maulvolle Expectoration*) za każdym razem w pewném położeniu mogą się pojawiać tylko przy pewnych danych warunkach fizycznych, metoda zaś Ewalda jak i próbna punkcyja Biermera prawie że w praktyce nie dadzą się zastosować. Autor podaje nowy objaw wysłuchowy, lubo także tylko w danych warunkach występujący. Jeżeli otwór w opłucnéj płuc leży w granicach wysięku opłucnowego, w takim razie przy wdechu powietrze przez wysięk do jamy opłucnowéj przedostawać się musi, pojedyńcze bańki powietrza doszedlszy do poziomu wysięku pękają, wydając właściwe, głośne, bulkotające dźwięki. I przy wydechu zjawisko to również ma miejsce, dopóki ciśnienie nagromadzonego powietrza po nad wysiękiem nie dojdzie do pewnéj wysokości, poczém daje się już tylko przy wdechu słyszeć. Nowy ten objaw wysłuchowy nazywa autor szmerem przetokowym płuc (*Lungenfistelgeräusch*) i uważa jako patognomoniczny znak otwartéj odmy piersiowéj [1]). (*Berlin. klin. Wochenschrift* 1880, Nr. 50).

Dr. K. Bossowski.

Dr. Kümmel: **Przyczynek do ostrego postępującego porażenia rdzeniowego.**

Od czasu Landry'ego, który pierwszy pewien charakterystyczny obraz chorobowy ujął nazwą ostrego postępowego porażenia rdzeniowego, liczba spostrzeganych przypadków tego cierpienia jest już dość znaczna, zmiany anatomiczne wszakże jak były tak są do dziś dnia zupełnie ciemne. Ostatnia okoliczność skłania autora do ogłoszenia obserwowanego przez siebie, a bardzo charakterystycznego, przypadku tego rodzaju, gdzie przy badaniu pośmiertném znaleziono co następuje: W dolnéj połowie rdzenia przedłużonego po obu stronach prawie symetrycznie ułożone wynaczynienia: wynaczynienie po stronie prawéj, zupełnie świeże wielkości główki od szpilki znachodzi się na wewnętrznéj stronie wstępującego korzenia nerwu błędnego, po stronie lewéj jamka wybroczynowa wielkości grochu, zajmująca średnią część poprzecznego przecięcia *corporis restiformis*, ku tylowi sięgająca aż do dna IV komórki, na zewnątrz do korzenia V gałęzi nerwów. Pytanie, o ile zmiany te zostają w związku z cierpieniem za życia spostrzeganém, pozostawia autor nierozstrzygniętém. (*Zeitschrift f. klin. Med. II. 2*).

Dr. K. Bossowski.

Wiadomości pomniejsze.

(K. Gr.) **Ciekawy przypadek wścieklizny opisał Dr. Collin** i dodał swe uwagi na posiedzeniu paryskiéj Akademii lek. w dniach 2 i 9 listopada 1880 r. Pies wściekły pokąsał żołnierza i podoficera w chwili, gdy ten ostatni bronić chciał żołnierza. Ranę żołnierza wykauteryzowano niedokładnie i późno, żołnierz zmarł też wśród objawów wścieklizny w 48 godzin później. W pół godziny po zdarzeniu wykauteryzowano rozpaloném żelazem rany na przedramieniu u podoficera. Cieszył on się potém przez 4½ lat wyborném zdrowiem. Po upływie jednak tego czasu zmarł wśród wybitnych objawów wścieklizny. Późniejsze pokąsanie można z wszelką pewnością wykluczyć. Jest to przypadek tak wyjątkowy, że w ciągu rozpraw Dr. Bouley starał się odjąć mu wszelkie znaczenie, twierdzenia jednak Collina zdają się być niezbitemi. Ten długi okres utajenia jest ciekawym pod względem naukowym, a z powodu swéj rzadkości przypadek ten nie może napełniać obawą osób pokąsanych. Z drugiéj atoli strony albo kauteryzacyja była niewystarczającą albo wessanie natychmiast już miało miejsce. Przypadek ten zdarzył się w Algierze, gdzie według podania Collina przypadki wścieklizny są 18 razy częstszemi niż we Francyi. Przypadki wścieklizny są w ogóle w Afryce częstemi, zwlaszcza w okolicach, w których psy pozostawione są własnemu instynktowi bez nadzoru i gdzie nie bywają przestrzegane przepisy co do psów błąkających się i podejrzanych. (*Rev. d'hyg.* 1880, Nr. 12).

(T. W). **Sposoby leczenia i przepisy lekarskie używane w klinice prof. Widerhofera w Wiedniu.** 2) Przewlekły nieżyt żołądka u noworodków i dzieci ssących leczymy tak samo jak przypady niestrawności; u dzieci starszych największą baczność winniśmy zwrócić na dyjetę i zadać sobie pierwsze pytanie, jakby można dziecko najlepiéj odżywić w obec osłabionéj czynności żołądka. Przedewszystkiém usunąć należy dzieciom chorym na nieżyt żołądka wszelkie tłuszcze, bo te łatwo rozkładają się na kwasy tłuszczowe; pokarmy mączkowate i jarzyny podawać tylko w małéj ilości, bo łatwo kisną i produkują dużo stolca; również można w małéj ilości dozwolić tylko napojów, aby zbyt nie rozcieńczać soku żołądkowego a mleko, które jest bez wątpienia łatwo strawnym i pożywnym pokarmem, podawać należy w nieżycie żołądka z wszelką ostrożnością, a tyczy się to osobliwie mleka w wielkich miastach, gdzie je w stanie prawidłowym bardzo trudno można dostać. Ograniczyć więc trzeba, o ile można, pożywienie do potraw mięsnych, których dzieci wprawdzie nie lubią ale przecież powoli do nich się przyzwyczajają, zwłaszcza jeżeli zaczniemy od podawania mięsa zimnego, szynki, cielęciny, drobiu itp. Uważać także należy, aby każdy kawałek mięsa był należycie w ustach pogryzionym i dla tego nie bardzo można polecać mięso siekane, które dzieci najczęściéj bez gryzienia połykają. W niektórych przypadkach z dobrym skutkiem podawano rozczyny mięsne Rosenthala lub Leubego.

Przez dłuższy czas utrzymujące się rozszerzenie żołądka usuwają zwykle kompresy w zimnéj wodzie maczane i dobrze wykręcone, przyłożone bowiem na okolicę żołądka i szczelnie przykryte pobudzają błonę mięsną do kurczenia się. Podobnie jak u dorosłych znajdują i w praktyce dziecięcéj zastósowanie wody mineralne i to u dzieci po 3cim roku życia zwykle podaje się wodę giesshübelską lub bilińską, a czasem i wodę karlsbadzką, przez 2—3 tygodni po 1—2 kubków dziennie.

Z leków właściwych używa się prócz kwasu solnego i pepsyny przeciw wymiotom śluzowym *Nitrat. argent. 0.02 ad 50.00 Aquae* najczęściéj w połączeniu z środkami gorzkiemi: *Tinct. nuc. vomic. gutt. 2—3 pro die*, *Tinct. Cascaril. gutt. 20—30 pro die*; lub téż podaje się symptomatycznie: *Mag. bismuth.* po 0.02 kilka razy dziennie, *Bicarbonas sodae*, lód, wodę sodową; przy kwaśném odbijaniu: *Aq. calcis c. Aq. destil. part. aequal.*; przeciw boleściom: *Aq. lauroceras.* i nawet z bar-

[1]) Doc. Dr. Pareński przed 4 laty w swych wykładach dyjagnostyki lekarskiéj zwracał uwagę na ten objaw w jednym przypadku, gdzie był bardzo wybitny i w tenże sam sposób go tłumaczył. (*Przyp. Spraw.*)

dzo małemi dawkami morfinu; przy zatkaniu stolca *Tinct. Rhei Darelli* albo *Pulv. Rhei chin. cum Bicarb. sodae,* przeciw niedokrewności wody żeleziste albo *Sulph. chinin. Pulv. rad. Rhei chinin. Ferri carbon. sacch. āā 0.05* dwa razy dnia przed jedzeniem. (*W. med. Blätter*, N. 53, 1880 i Nr. 1. 1881).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie XVIII zwyczajne z dnia 15 grudnia 1880.

Przewodniczący kol. Warschauer. Członków obecnych 19.

1) Odczytano i przyjęto protokół z ostatniego posiedzenia.

2) Wybrano członkiem czynnym Towarzystwa Dra Władysława Gluzińskiego, asystenta zakładu fizyjologicznego w Krakowie.

3) Kol. Prof. Janikowski podał do wiadomości Towarzystwa, że słownik wyrazów lekarskich jest już na ukończeniu i że z początkiem roku przyszłego mógłby się druk rozpocząć. Komisyja słownikowa korzystała chętnie z nadsyłanych sobie przez obce towarzystwa uwag i ma nadzieję, że słownik zadowoli także kolegów warszawskich, lwowskich i poznańskich, rozchodzi się jedynie o to, czy Towarzystwo lekarskie krak., stosownie do uchwały swéj, poniesie koszta nakładu i w jaki sposób myśli sobie w tym względzie postąpić. Po krótkiéj dyskusyi, w któréj zabierali głos koll. Grabowski, Zarewicz i Obaliński, przyjęto wniosek kol. Grabowskiego, aby komisyję obecną wzmocnić jeszcze trzema członkami w celu zastanowienia się nad sposobem wydania i poniesienia kosztów nakładu tego słownika i wybrano koll. Grabowskiego, Domańskiego i Obalińskiego.

4) Na wniosek kol. Janikowskiego i Rosnera w imieniu komitetu gospod. III Zjazdu lek. i przyrodników uchwalono temuż komitetowi dalszy kredyt w ilości 100 gld.

5) Odczytano list Rady Zawiadowczéj Tow. lekarzy galic. z prośbą o wybór dwóch delegatów Towarzystwa lek. krak. do téjże Rady. Uchwalono wybór uskutecznić na posiedzeniu administracyjném.

6) W skutek interpelacyi kol. Grabowskiego, czy zmieniony statut jest już gotowy i czy będzie zaraz do potwierdzenia przesłany, uchwalono zmiany w statucie zatwierdzić jeszcze raz na posiedzeniu administracyjném, a to aby stało się zadosyć przepisowi obecnego statutu.

7) Kol. Paszkowski okazał maleńki przyrządzik inhalacyjny pomysłu Feldbauscha i objaśnił sposób użycia tegoż.

8) Kol. Pisek okazał preparat wgłobienia jelit z opadem ślepego jelita przez odbytnicę. (Opis tego przypadku był zamieszczonym w Przeglądzie Lekarskim).

Sekretarz *Dr. Wasylewski.*

Sekcyja lwowska Tow. lek. galic.

Posiedzenie XVII z dnia 17 kwietnia 1880.

Przewodniczący: Kol. Głowacki. Członków obecnych 18.

(Dokończenie. Patrz Nr. 2).

Wiadomo, że wrażenie wywołane przez jakikolwiek proceder hydryjatryczny jest tém silniejsze, im większa jest różnica w ciepłocie między skórą ciała a wodą. Dla tego też w dobrze urządzonych i umiejętnie kierowanych zakładach wodoleczniczych znajduje się między innemi ten przepis, że nie wolno jest brać kąpieli bez należytego doń przygotowania, tj ogrzania ciała za pomocą poprzedzającego ruchu, nakrycia, lub téż zawinięcia w koc t. zw. gräfenbergski, albo ogrzania się ciepłém powietrzem lub parą wodną lub téż słońcem, t. zw. kąpieli słonecznéj, w urządzonych na ten cel ustroniach otoczonych ścianami, a z góry otwartemi, aby promienie słoneczne swobodnie dochodzić mogły. Bywają też na ten cel osobne przybytki podobne do szklanych cieplarń. Tego rodzaju zakłady wodolecznicze istnieją już od wielu lat w Niemczech i Szwajcaryi; mamy je również i w Austryi, a jeden z najlepiéj urządzonych jest zakład Riklego w Veldes w górnéj Krainie. Urządzenia istniejące poniekąd już i u nas do kąpieli parowych bywają trojakiego rodzaju. Są to albo przestrzenie sześcienne w formie pokoi, gdzie wiele osób naraz może się ogrzewać; tam téż wszyscy kąpiący się zarazem parę wdechają; albo są to skrzynie, w których wedle potrzeby i wskazania można ogrzewać większą lub mniejszą część ciała. Najczęściéj jednak wyłącza się głowę, a w takim razie oddecha się powietrzem bez pary. Skrzynie te, jak je wprowadził w używanie Dr. Steinbacher w Monachijum i okolicy, są albo stałe albo przenośne, z ostatnich zaś są niektóre urządzone do rozkładania, tak że mogą być w pomieszkaniu pomieszczone. Trzecim rodzajem urządzeń pod tym względem są łóżka parowe Riklego, których skład jest bardzo prosty i które także dadzą się przenosić do pomieszkania pacyjentów. Modele skrzyń i łóżek parowych posiadam w mym tymczasowym zakładzie leczniczym we Lwowie. Podobnie jak w kąpielach parowych są urządzone ogrzewalnie napełnione ciepłém powietrzem (do 50—55° R. t. zw. łaźnie rzymskie). Do téj ciepłoty mogą dochodzić kąpiele słoneczne. Ich zastósowanie jest następujące: Pacyjent rozebrany do naga kładzie się na przygotowanym w tym celu wełnianym kocu lub sienniku, tak aby całe ciało było wystawione na działanie promieni słonecznych z wyjątkiem głowy, która nakrywa się słomkowym kapeluszem. Co 5 minut mniéj więcéj zmienia się położenie leżącego na prawym lub lewym boku, na plecach lub na brzuchu. Wedle wskazania indywidualności chorego trwa przebywanie na słońcu w najcieplejszéj porze dnia od 10—40 minut, następnie okrywa się ciało kocem wełnianym dobrze ogrzanym, otulając szczelnie nogi i szyję, poczém pot następuje. Nato bierze się chłodną kąpiel lub téż według wskazania natrysk. Jeżeli która część ciała po takiéj kąpieli staje się drażliwą lub słabszą, wtedy przy następném ogrzewaniu się na słońcu należy ją okryć czémś suchém lub téż nawet chłodzącemi okładami. Obok tych kąpieli słonecznych odbywają pacyjenci Riklego wycieczki na przyległe góry w bardzo lekkiém, umyślnie na ten cel zrobioném ubraniu. Ruch ten dla uzupełnienia kuracyi jest koniecznie potrzebny. Kąpiele słoneczno-powietrzne, jako mało na pozór obiecujące, przyjęte zostały przez ogół lekarzy dość oziębłe i z niedowierzaniem. Od lat kilkunastu pragnąłem mieć podobne urządzenie w moim zakładzie hydropatycznym, lecz po daremnych usiłowaniach w Kisielce (we Lwowie) w Sasowie i Morszynie, przyszedłem do przeświadczenia, że zakład odpowiadający wymogom nowoczesnéj hydryjatryki da się tylko urządzić na własnym kawałku ziemi, w którego posiadanie właśnie wprowadził mnie szczęśliwy przypadek: W Zakopaném w Tatrach, leżącém 850 m = 2600' nad powierzchnią morza, nabyłem od tamtejszego lekarza Dra Ganczarskiego kawał lasu szpilkowego o 15 morgach □ nad rzeką Bystrą, i w tém miejscu postanowiłem wybudować zakład leczniczy zaopatrzony we wszelkie przybory zwykłych zakładów hydryjatrycznych, a nadto połączony jeszcze z kąpielami parowemi w łóżkach i skrzyniach, tudzież i kąpielami słoneczno-powietrznemi. Szan. nasz kolega Dr. Krówczyński, mówiąc o zakładzie leczniczym w Görbersdorfie, wyraził życzenie, aby i u nas starano się o urządzenie podobnych zakładów. Otóż sądzę, iż postąpię w myśl szan. Kolegi, urządzając wśród uroczych Tatr naszych, w uznanéj przez powagi naukowe stacyi klimatycznéj, zakład wodoleczniczy, który mając odpowiednie położenie, będzie przydatnym i dla suchotników; jakkolwiek wyznać muszę, iż nie godzę się bezwzględnie na sposób postępowania Dra Brehmera, ani téż na jego obfite używanie koniaku. Plan do budowy mego zakładu właśnie gotowy przedkładam Kolegom w zarysie. Miło mi także namienić, że już jeden z tutejszych Kolegów, członek naszego Towarzystwa, przystąpił do spółki tego przedsiębiorstwa, a subskrypcyja na ten cel jest jeszcze otwarta, zapraszam więc i szan. Kolegów do wzięcia udziału. Wspólnemi siłami moglibyśmy już w pierwszym roku zakład postawić. Lekarze warszawscy powinni nam w tym względzie posłużyć za przykład, gdyż, jak mi pisze prof. Baranowski, posiadający w mém sąsiedztwie willę w Zakopaném, urządzają oni w Nałęczowie pod Warszawą zakład wodoleczniczy wspólnemi kosztami.

W dyskusyi wspomina kol. Chądzyński o kąpielach słoneczno-powietrznych urządzonych nad morzem w północnéj Francyi. W zołzach u dzieci okazują się one nader zbawienne. Kol.

Różański przyznaje wprawdzie, iż utworzenie zakładu hydropatycznego w zachodniéj Galicyi, gdzie dotychczas żadnego nie ma, wcale by odpowiadało potrzebie, o Zakopaném atoli sądzi, iż jego warunki klimatyczne nie nadają się do tego, a tém mniéj do projektowanych przez kol. Piaseckiego kąpieli słoneczno-powietrznych. Lato jest także zbyt krótkie a klimat za ostry, o czém w czasie swego pobytu w Zakopaném miał sposobność się przekonać. Jeżeli tedy braknie zakładowi warunków klimatycznych, natenczas pozostanie mu tylko znaczenie zwykłego przedsiębiorstwa. O wyliczonych przez prelegenta wskazaniach, według których hydroterapię i owe kąpiele należy stosować, mniema kol. R., iż są zanadto ogólne i że właśnie ten brak ścisłości naukowéj we wskazaniach hydroterapeutycznych jest u publiczności nielekarskiéj powodem do tak częstego nadużywania hydroterapii na własną rękę, czego wiele przykładów spotkać można. W oględném stosowaniu zabiegów wodoleczniczych, ściśle wedle wskazań naukowych, widzi mówiący sposób zapobieżenia tym nadużyciom.

Dr. Apolinary Tarnawski
Sekretarz.

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu 52 (do 25 grudnia) ospa nie wiele się zmieniła w Londynie. Leczyło się w szpitalach 408, świeżo zapadło 65, umarło 15. W Wiedniu umarło 21, w Budapeszcie i Maladze po 10, w Paryżu 18, w Wenecyi 4, w Madrycie 31. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 10, w Amsterdamie i Walencyi po 3. Błonica szerzy się w Nowym Jorku i Brooklynie. W Nowym Jorku umarło od 21—23 listopada 108 osób, w Brooklynie 70. Z febry żółtéj umarły w Rio de Janeiro od 16—31 października 2 osoby. W tygodniu 1 (do 1 stycznia) umarło w Krakowie: 2 z ospy 1 z płonicy, 1 z krztuśca, 1 z róży a doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku ospy, 1 płonicy, 3 odry, 5 krztuśca, 1 błonicy, 1 duru brzusznego, 1 duru osutkowego.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 52 umarło na 1000 mieszkańców i na rok w Krakowie 28,6; w Warszawie 17,7; w Poznaniu 22,9; w Wiedniu 27,9; w Budapeszcie 36,0; w Pradze 39,4; w Berlinie 24,5; w Wrocławiu 27,7; w Gdańsku 33,2; w Mnichowie 25,3; w Dreźnie 22,2; w Lipsku 14,1; w Genewie 16,3; w Brukseli 20 9; w Amsterdamie 22,5; w Hadze 14,5; w Paryżu 24.3; w Londynie 17,7; w Kopenhadze 30,9; w Stokholmie 23,0; w Chrystyjanii 10,6; w Petersburgu 38,0; w Odesie 36,9; w Wenecyi 26,3; w Bukareszcie 27,8; w Madrycie 33,0; w Barcelonie 23,8; w Lisabonie 34,6; w Aleksandryi 44,9; w Nowym Yorku 27,6; w Filadelfii 21,0; w Bombayu 28,4; w Madrasie 34,9. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 20 stycznia. Dla braku miejsca nie zdołaliśmy w Nrze przeszłym umieścić wszystkich przemówień, mianych przy sposobności złożenia życzeń Jubilatowi Majerowi; podajemy więc dzisiaj treść mowy protomedyka Biesiadeckiego, oraz odpowiedź Jubilata na nią i na mowę prezesa Tow. lek. krak.

Dr. Biesiadecki przemówił jak następuje:

„Szanowny Panie Prezesie, Czcigodny Jubilacie!

Wysłany przez Towarzystwo lekarskie galicyjskie, mam zaszczyt w imieniu tegoż, w dniu 50téj rocznicy Twego doktoratu, złożyć Ci hołd przynależny.

Liczni członkowie tegoż Towarzystwa nauczyli się, jako Twoi uczniowie, czcić w Tobie swego światłego nauczyciela; inni jako współpracownicy w rozmaitych gałęziach nauki, swego przewodnika. Wszyscy widzieli Cię rzetelnie i bezinteresownie czynnym wszędzie i zawsze tam, gdzie do mozolnéj i trudnéj pracy ziomkowie Cię zawezwali. Czy to w grodzie tym, czy w sprawach kraju, w Sejmie, w Uniwersytecie lub Akademii, wszędzie pozostawiłeś ślady Twéj wiedzy, pracy, oględności. Lekarze zaś, w których imieniu wolno mi na tém miejscu przemawiać, zawdzięczają Tobie oprócz licznych zdobyczy naukowych podniesienie godności stanu lekarskiego.

Nie dziw więc, że dzień ten dla Ciebie świąteczny, stał się nim i dla nas.

Pozwól przeto, bym Ci w imieniu tego stanu i w imieniu własném złożył gorące życzenia, abyś liczne lata w czerstwém zdrowiu był czynnym dla dobra instytucyj licznych, których jesteś przewodnikiem lub członkiem dla dobra kraju całego, gdyż ludzi takich, jak Ty, nie mamy wielu.“

Na to odrzekł Jubilat:

„Miło to widzieć całe pokolenia, które wyszedłszy z młodzieństwa na mężów i na ojców rodziny zachowują uczucie względem tych, którzy byli niegdyś ich przewodnikami. Téj prawdziwéj pociechy nieraz w mém życiu doznałem, a dziś świeży jéj dowód odbieram z ust Twoich, zacny mój kolego! jako tłumacza uczuć Towarzystwa, do którego składu, w nieprzeważnéj może, zawsze jednak w nieposledniéj, części należą moi niegdyś uczniowie. Miłą była z nimi praca, bo ją ułatwiało wzajemne zaufanie i spólne poczucie obowiązku. Miłą była i dla tego, że ją osładzała życzliwość kolegów. Wszystko to dziś staje mi żywo przed oczyma duszy i stać będzie niezatartym śladem, bo obraz ten wypełnia 44 lat mojego żywota. W obrazie tym, w wdzięcznéj przechowanym pamięci, nie brak i Twéj osoby, zacny Przewodniku Towarzystwa, w którego imieniu składasz mi życzenia. Bolałem wraz z innymi, gdy opuściłeś stanowisko w Uniwersytecie, bo mi nie tajne było, co Ci zawdzięcza nauka; byłem jednak przekonany, że mimo trudności, w obec których gorliwość Twoja należycie rozwijać się nie mogła, nie byłbyś cofnął się przed niemi, gdyby przed Tobą nie było się roztwarło pole innéj zasługi dla kraju. Żegnając Cię z boleścią opuszczającego katedrę, powitaliśmy z przyjacielską życzliwością stojącego na czele służby lekarskiéj w kraju. Niechaj to stanowisko zjedna Ci równe uznanie, jakiego doświadczyłeś w nauczycielskim zawodzie, niech pod Twoim kierunkiem utrwala się zacność i godność powołania lekarskiego, a wzrost i powodzenie Towarzystwa, które przez usta Twoje życzenia swoje objawić mi raczyło, niech pod Twoim kierunkiem dosięga pożądanéj mety!“

Na przemówienie zaś Dra Jordana odpowiedział prezes Majer co następuje:

„Umiejąc cenić każdą naukę według jéj rzeczywistego znaczenia, wszystkim zarówno, bez popadnienia w płytką encyklopedyczność, oddawać się nie można. W pośród tego szerokiego obszaru polem mojego zajęcia była nauka lekarska, jéj téż uprawa najbliżéj obchodzić mię musiała. Z radością więc powitałem zawiązujące się w Krakowie, a pierwsze dopiero w całéj Galicyi, Towarzystwo lekarskie. Nie było jednak w méj mocy być mu tyle pomocnym, ile tego pragnąłem. Kierunek mojéj na tém polu pracy, czy to w zawodzie nauczycielskim czyli téż pisarskim, był więcéj teoretyczny; zadaniem Towarzystwa była przedewszystkiém strona wykonawcza, a choć jedna i druga zmierzają ostatecznie do jednego celu, choć pierwsza toruje dla drugiéj umiejętną drogę, druga zaś staje się dla niéj kamieniem probierczym, to przecież każda ma właściwe środki, właściwy zakres badania. Nie przeszkadzało to jednak, żebym życzliwém okiem nie śledził waszych usiłowań, nie cieszył się waszym rozkwitem. W ręce waszego Towarzystwa złożyła Akademija organ poświęcony praktyce lekarskiéj, o którym poprzednio, dla uzupełnienia kierunku teoretycznego, zmuszoném było pomyśleć Towarzystwo naukowe. Że zaś w téj mierze Akademija dobrze postąpiła, że pismo wam powierzone znalazło się we właściwém ręku, dowodem tego jego treść i zakres, wzrastające corocznie. Wytrwajcie w pracy około waszego zadania, bo jest ono jedném z tych posterunków, których gorliwie bronić nam należy dla dobra kraju i ludzkości, i dla dania świadectwa, że duch nasz nie zamarł, że być chcemy i jesteśmy! Niech w tym zawodzie Bóg wam błogosławi; a życzenie to niech będzie podzięką za życzliwe wyrazy, któremi w imieniu Towarzystwa uświetniasz p. Prezesie dzień dla mnie tyle uroczysty i tyle pamiętny!“

* W Nrze 2 czasopisma *„Centralbl. f. Nervenheilkunde“* z d. 15 bm. znajduje się sprawozdanie z rozprawy prof. Domańskiego o kile układu nerwowego drukowanéj w Przeglądzie Lek. w roku przeszłym. Sprawozdanie to bardzo obszerne już w tym numerze zajmuje 6 stronnic, a ukończy się dopiero w następnym; napisał je Dr. Landsberg w Ostrowie.

* Dowiadujemy się z pewnego źródła, że Rząd w Seraje-

wie ma mianować 10 lekarzy powiatowych IX klasy dyjet z pensyją roczną po 1800 złr

* **Wiedeń** Na posiedzeniu klasy matematyczno przyrodniczéj Akademii, w d. 13 bm. odbytém, prof. Stricker przedłożył rozprawę Dra Łazarskiego o wpływie kwasu pruskiego na oddychanie i obieg krwi.

* Na posiedzeniu Wydziału lek. w d. 16 bm. odbytém prof. Billroth przedstawił jako kandydata na profesora chirurgii prof. Czernego, dziekan prof. Hofmann zaś prof. Alberta. Przy głosowaniu 12 członków Wydziału oświadczyło się za Czernym a 10 za Albertem. Ponieważ atoli Czerny na mocy kontraktu przez 3 lata jeszcze pozostać musi w Heidelbergu, więc kandydatura Alberta ma wszelkie widoki powodzenia. Na katedrę opróżnioną po Hebrze również 2 przedstawiono kandydatów, z których tym razem Kaposi otrzymał 12, a Neumann 10 głosów.

* **Mianowania i odznaczenia**. Dr. Kiemann, prymaryjusz w szpitalu Rudolfa we Wiedniu, towarzysz prof. Biesiadeckiego w wyprawie nad Wołgę, otrzymał krzyż kawalerski orderu Franciszka Józefa.—Dr. Sonnenburg, docent w Strasburgu, powołany został jako profesor chirurgii do Yeddo w Japonii. — Dr. Krönlein mianowany został profesorem chirurgii w Zurychu. — Prof. Gscheidlen mianowany został dyrektorem miejskiego zakładu dla badania pokarmów i pożywek we Wrocławiu. — Profesor kliniki lekarskiéj w Rzymie, Dr. Baccelli, mianowany został ministrem oświaty i wychowania we Włoszech; klinikę po nim objął Dr. Panizza.

Nekrologija. Spełniam smutny obowiązek donosząc o zgonie kolegi B. Edelmanna, lekarza praktycznego w Złoczowie, który będąc w sile wieku, liczył bowiem tylko lat 42, wśród walki o byt, zmarł dnia 11 stycznia br. w skutek obustronnego zapalenia płuc i zostawił żonę wraz z trojgiem dzieci bez sposobu do życia. Śp. Edelmann używał jako lekarz praktyczny i sądowy dobréj reputacyi i zjednał sobie sympatyję ogółu, a wyrazem tego był pogrzeb, w którym wszystkie warstwy grodu złoczowskiego brały udział. Oby mu była ziemia lekką!

Nagler.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Kronice Lekarskiéj* Nr. 1: Dogiela: O nerwach dróg oddechowych. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 3: Lessera: Bąblowiec lewéj opłucnéj z następczém przedziurawieniem klatki piersiowéj; Klinka: O zapaleniu szyjki pęcherza moczowego (dok.) — W *Medycynie* Nr. 3: Dr. X: Kazuistyka sądowo-lekarska. Zabójstwo czy samobójstwo; Gajkiewicza: O umiejscowieniach czynności i zboczeń mózgowych (c. d.)

Redakcyja otrzymała:

Dr. RYDYGIER i Dr. WEHR: Sprawozdanie z prywatnéj kliniki chirurg. Dra Rydygiera. (Osobne odbicie z Przeglądu Lek.) Kraków 1880, in 8vo str. 46.

Dr. FIJAŁKOWSKI (w Dynaburgu): Nieskolko boliee riedkich sluczaew iz oftalmologiczeskoj kazuistyki. (Osobne odbicie z Wracza Nr. 38) in 8vo str. 9.

Dr. Julijan KRAMSZTYK (w Warszawie): Pierwsze sprawozdanie lekarskie ze szpitala dla dzieci wyzn. mojżeszowego im. małż. Bersohn i Baumann. (Osobne odbicie z „Kroniki Lek. z r. 1880) in 8vo str. 20 i 2 tabl.

Piśmiennictwo lekarskie. BLOCH A. L'eau froide, ses propriétés et son emploi, principalement dans l'état nerveux. 18. Paris, J. B. Baillière et fils. Fr. 2½.

BOURGOIN A. E. Traité de pharmacie galénique. Avec 39 figures. 8 Paris, Delahaye Fr. 16.

BOURSIER A. De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs du corps thyroïde. 8 Paris, G. Masson. Fr. 3½.

Chirurgie deutsche. Mit zahlreichen Holzschn. u. lith. Tfln. Hrsg. v. Billroth u. Luecke. 5 u 30 Lfg. gr 8. Stuttgart, Enke M. 22.

COHNHEIM J. Vorlesungen üb. allgemeine Pathologie. 2 Bd. gr. 8. Berlin Hirschwald M. 15.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi

Dr. L. w K. Celem przygotowania się do egzaminu fizykackiego polecamy szan. Koledze następujące dzieła: Wiganda farmakologiję, Hofmanna medycynę sądową, wydanie II, Falcka albo Werbera toksykologiję, chemiję analityczną Ottona, zbiór ustaw sanitarnych Obentrauta wyd. II, Rölla weterynaryję, Barańskiego badanie mięsa, Pappenheima policyję zdrowia.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego

W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj pół tora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Ulica Podwale Nr. 84.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Boulv. Voltaire 180, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

O R G A N

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia op. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 29 stycznia 1881. **№ 5.** **Rok XX.**

I. Ogólne wskazania leczenia chorób zakaźnych.

Napisał Dr. A. Kwaśnicki

(Dokończenie. Patrz Nr. 4).

Lecz przyrzut nie działa z jednaką siłą we wszystkich chorobach zakaźnych; są choroby których zaraźliwość jest nader wielką, lecz są i takie, które udzielają się mniéj łatwo, i dla tego powyżéj przytoczone zachody winny być stósowane w miarę zaraźliwości każdéj zakaźnéj choroby; okoliczność ta zniewala mnie do pomówienia o zaraźliwości każdéj z zakaźnych chorób, zaczynając od najwięcéj zaraźliwych, a na ich czele stawię ospę. Miarę zaraźliwości ospy najlepiéj wykazują liczby: Leudet naliczył w jednym szpitalu, gdzie oddzielenie ospowych nie było uwzględnione, na 621 przypadków ospy 132 nabytych w szpitalu, czyli 20%; Herard podaje jeszcze wyższy odsetek; w Paryżu r. 1870 naliczono w ciągu 5 miesięcy 411 przypadków ospy nabytéj w szpitalu; w krakowskim szpitalu św. Ludwika, podług sprawozdań prof. Jakubowskiego za rok 1878 i 1879, 50% ospowych nabyło téj choroby w szpitalu; mniéj więcéj widzimy ten sam odsetek po wszystkich szpitalach, gdzie chorzy ospowi przebywają nietylko pod jednym dachem z chorymi na różne cierpienia, lecz mają wspólny kurytarz, zlewy i wychodki i tenże sam personal lekarski; wielowiekowe doświadczenie pouczyło dostatecznie o bezużyteczności wszystkich zachodów, jeśli powyżéj przytoczone warunki wspólności istnieją, i dla tego pobudowano po wszystkich wielkich miastach oddzielne pawilony dla ospowych, jak to ma miejsce w Berlinie, Pradze, Wenecyi, Petersburgu, Filadelfii, Gietyndze, Londynie, a za rok i nasze miasto posiadać będzie wzorowo urządzony pawilon, wprawdzie nie wyłącznie poświęcony ospie, co byłoby niepotrzebném dla tak małego, jak Kraków, miasta, lecz oddział pawilonu dla ospowych ma być ściśle oddzielonym od oddziałów przeznaczonych dla innych chorób zakaźnych.

Nie ulega wątpliwości, że płonica jest mniéj zaraźliwą aniżeli ospa, lecz zaraźliwość jéj stoi w prostym stosunku do natężenia genijuszu epidemicznego: Fauvel i Vallin, na podstawie statystyki sanitarnéj miasta Paryża wykazali, że 35 do 40% dostaje płonicy w szpitalach; w krakowskim szpitalu św. Ludwika w latach 1878 i 1879 odsetek ten wynosi 50%. Liczby te przemawiają za potrzebą osobnego pawilonu dla szkarlatynowych, lecz uwzględniając, że choroba ta występuje więcéj niż ospa epidemicznie, że bywają nieraz długie okresy czasu, w którym płonica wcale nie panuje, nawet endemicznie, już ze względów pieniężnych nie ma potrzeby koniecznéj budowania osobnego pawilonu dla szkarlatynowych, natomiast urządzenie osobnego oddziału, chociażby w obrębie ogólnego szpitala, z ścisłém rozgraniczeniem bielizny, zlewów, wychodków, oraz personalu obsługującego i lekarskiego, z niedopuszczeniem odwiedzin na salach szkarlatynowych, jest niezbędném.

Odra należy do chorób nader łatwo udzielających się. Labrie naliczył w ciągu trzech miesięcy (1876 r.) 54 na 100 przypadków odry nabytéj w szpitalu; Fauvel i Vallin oznaczają dla Paryża 46% odry szpitalnéj; w krakowskim szpitalu św. Ludwika w r. 1878 połowa przypadków jest nabytych w szpitalu. Uwzględniając jednak, że odra zwykle panuje nagminnie, że epidemije téj choroby pojawiają się co lat kilka, przypadki sporadyczne o wiele są rzedsze, niż w płonicy, urządzenie osobnego oddziału pod jednym dachem, przy ścisłém odosobnieniu chorych i sal przez nich zajętych, jest środkiem wystarczającym.

Błonica również należy do chorób zakaźnych łatwo udzielających się, zwłaszcza za pośrednictwem przedmiotów wspólnego użytku: naczynia wszelkie, ręczniki, chustki, gąbki, przyrządy lekarskie i t. d. W paryskim szpitalu dzieci obliczono na 15—20% przypadków błonicy powstającéj w szpitalu. R. 1877 w szpitalu św. Eugenii na 73 przypadków błonicy 18 było nabytych w szpitalu; w krakowskim szpitalu dzieci połowa chorych, którzy ulegli błonicy w latach 1878 i 1879, nabyła takowéj w szpitalu. I w błonicy, tak jak w dławcu i czerwonce, ścisłe odosobnienie chorych w osobnych apartamentach, lecz w obrębie ogólnego szpitala, jest wystarczającém.

Do spraw spornych w medycynie należy pytanie, czy dur brzuszny jest zaraźliwym; pomieszczanie chorych durowych na wspólnych salach, ogólnie po szpitalach praktykowane, zdaje się przemawiać przeciw zaraźliwości duru brzusznego. Na 3.555 przypadków duru brzusznego leczonych w Londynie Murchison nie zanotował ani jednego przypadku szpitalnego; w Bazylei spostrzegał Liebermeister 45 przypadków szpitalnych na 1900 leczonych na dur. Louis i Chomel namieniają o 4 przypadkach, w których zarażenie się durem było stwierdzoném. Zaraźliwość duru brzusznego u dzieci zdaje się stanowczo nie istnieć; w ciągu czterech lat ostatnich nie zanotowano ani jednego przypadku domowego w szpitalu św. Ludwika w Krakowie. Z liczb wyżéj przytoczonych wnosić należy, że chorzy na dur brzuszny przebywać mogą na wspólnych salach bez szkody dla innych chorych; zasada ta jednak nie daje się zastósować w całéj rozciągłości do duru wysypkowego, a podług wielu badaczy i do duru powrotnego; oddzielenie cierpiących na te choroby jest koniecznem dla osób dorosłych; zaraźliwość duru powrotnego u dzieci niżéj lat 12 nie jest stwierdzoną.

Z umysłu pomijam chorych na gorączkę połogową i rannych w czasie wielkich wojen, uznając, że zdanie o tych sprawach już jest ustaloném.

Mówiąc tyle o odosobnieniu chorych, które zadość czyni drugiemu zapobiegawczemu wskazaniu, należy mi zwrócić uwagę na różne jego stopnie. Odosobnienie bywa pojedyncze i zbiorowe: pierwsze jest ideałem tego rodzaju usiłowań, lecz ze względu na trudności przyrody praktycznéj, stósuje się ono tylko wyjątkowo, kiedy zbieg okoliczności nie stoi na przeszkodzie, a ze stanowiska lekarskiego takie odosobnienie chorego jest niezbędném. Odosobnienie zbiorowe ma trzy poddziały: *a*) chorych umieszcza się w salach sąsiednich z salami ogólnemi, *b*) lub też w oddziałach wyłącznie na ten cel przeznaczonych w budynku ogólnego szpitala, lecz odgraniczonych ściśle od reszty zakładu, a wreszcie, *c*) w pawilonach oddzielnie zbudowanych. Wyniki osiągnięte każdym z wymienionych sposobów odosobnienia niezmiernie się różnią między sobą. Liczby statystyczne wyżéj przytoczone dowodnie świadczą, że urządzenie osobnego oddziału chorób zakaźnych w ogólnym szpitalu, przy wspólnym kurytarzu, wychodkach i zlewach jest dotkliwém złudzeniem, i godzi się wątpić, czy takie oddzielenie ma jaką praktyczną wyższość nad pozostawieniem chorych na wspólnych salach. Urządzenie zaś oddziału chorób zakaźnych wśród szpitala ogólnego, lecz z osobnym i zamkniętym kurytarzem, z osobną pralnią, posługą i t. d., ma swój cel a korzyści tą drogą osiągnięte są niewątpliwe, chociaż ten sposób odosobnienia nie czyni zadość wszystkim wymaganiom praktycznym i pojęciom teoretycznym, natomiast umieszczanie cierpiących na choroby zakaźne w osobnym budynku użycza wszelkiego bezpieczeństwa, i dla tego ten sposób odosobnienia znajduje zastósowanie wszędzie, gdzie środki materyjalne nie stoją na przeszkodzie.

Pomimo jednak, że powyżéj przytoczone liczby statystyczne dobitnie wykazują, jak szkodliwą jest metoda pozostawiania chorych na cierpienia zakaźne na salach ogólnych lub w salach sąsiednich nieściśle odgraniczonych, pomimo że system pawilonowy dał bardzo dobre wyniki, odosobnienie zbiorowe natrafia na zastęp przeciwników, którzy utrzymują, że nagromadzenie znacznéj liczby cierpiących na choroby zakaźne staje się szkodliwém dla nich samych, potęgując siłę genijuszu epidemicznego; daléj przeciwnicy ci twierdzą, że znaczne nagromadzenie takich chorych wytwarza niewyczerpane źródło przyrzutu, i zagraża jeśli nie okolicy i miastu, to sąsiedniéj dzielnicy. Na zarzuty powyższe odpowiadają liczby statystyczne: Fauvel i Vallin podają, że w r. 1862 na 1107 leczonych na dur wysypkowy w londyńskim szpitalu tyfusowych, wyłącznie dla durowych przeznaczonym, umarło 232 osób, t. j. 20,95%; w tymże samym czasie na 343 przypadków téjże saméj choroby, leczonych po innych szpitalach, na wspólnych z innymi chorymi salach, umarło 80, t j. 23,3%; od r. 1862 do 1865 w rzeczonym szpitalu durowych śmiertelność wynosiło 18,5%, w szpitalach powszechnych 21,15%. Z zestawienia liczb powyższych wynika, że odosobnienie zbiorowe durowych wychodzi na ich korzyść.

Nie mniéj pouczające liczby podaje Ballet ze szpitali dla ospowych: od 18 października 1870 r. do 1 kwietnia 1871 r. przyjęto do szpitala Bicêtre 7,578 chorych na ospę, z których 1,074 umarło, t. j. 14%; takiż sam wypada odsetek śmiertelności po innych szpitalach, ambulansach wojskowych, gdzie odosobnienie zbiorowe w czasie wojennym nie dało się ściśle przeprowadzić; natomiast widziano w Bicêtre przypadki domowe ospy łagodnéj, jak również nie spostrzegano, ażeby przyjęte przypadki ospy łagodnéj stały się groźnemi. Liczby powyższe zbyt są wymownemi, ażeby potrzebowały komentarza; jednakże wywody przytoczonych statystyków powinny być stósowane w określonych granicach. Jeśli porównywamy dwa szpitale, z których w jednym zastósowano odosobnienie zbiorowe, a w drugim nie, to nie jest rzeczą trudną pojąć, dla czego odosobnienie zbiorowe daje mniejszą śmiertelność; tam gdzie pomyślano o zbiorowém odosobnieniu, tam i pojęto całą jego ważność. Już nie wspomnę o tém, że naczelna władza lekarska i podrzędna posługa jest specyjalnie wykształconą, mając do czynienia tylko z jedną chorobą, ale wszystkie środki i ostrożności, tak pod względem higijenicznym, dyjetetycznym, jak i lekarskim wykonywają się szablonowo, czego na wspólnych salach uczynić nie można, gdyż tu znajdują się chorzy na różne cierpienia; słowem w pawilonach można dojść do pewnéj doskonałości, która jest niemożebną w szpitalach ogólnych. Natomiast nie można nie dopatrzyć się niekorzyści znacznego nagromadzenia cierpiących na choroby zakaźne, jeśli zestawimy przebieg ich i zejście w szpitalach, gdzie jest praktykowane zbiorowe odosobnienie i w domach prywatnych; wielokrotnie przekonałem się, że będąc pod wrażeniem przebiegu chorób zakaźnych w szpitalu rokowałem źle w podobnych przypadkach w mieście i myliłem się; choroby zakaźne stanowczo mają przebieg i zejście korzystniejsze w domach prywatnych, aniżeli po szpitalach, chociażby w tych szpitalach, jak to często zdarza się, wygoda, pilność i zasady lekarskie były lepsze i staranniejsze; przyczyna tego zjawiska nie da się inaczéj wytłumaczyć, jak tylko spotęgowaniem zarazy, powstałém w skutek obfitego nagromadzenia tworów chorobotwórczych; również przekonałem się, że ile razy nastąpiło przepełnienie w szpitalu chorymi na cierpienia zakaźne, przebieg tych chorób stawał się złośliwszym, a zejście częściéj śmiertelném. Zatém podług moich osobistych spostrzeżeń nagromadzenie wielkiéj ilości cierpiących na choroby zakaźne nie jest dla nich samych obojętném, a stać się może zupełnie nieszkodliwém, jeśli przestrzeń zajęta przez tych chorych, i wszystkie koło nich zachody, będą zastósowane do liczby chorych, jeśli przewietrzanie, odwanianie i czystość będą się z całą ścisłością uskuteczniać.

Pomimo przeszłorocznego wystąpienia Dra Bertillona, usiłującego udowodnić, że ospa i dyfteryja w Paryżu szerzą się przeważnie w dzielnicach najbliższych szpitali, że z tych dzielnic wychodzą sygnały wszystkich epidemij chorób zakaźnych, ściślejsze badania, wykonane w tym kierunku bez żadnego uprzedzenia, dowodzą nieszkodliwości dla sąsiednich dzielnic nagromadzenia wielkiéj liczby cierpiących na choroby zakaźne w jednym ognisku, jeśli ognisko to jest pilnie strzeżoném, ażeby posługa szpitalna nie roznosiła zarazy, lub téż, ażeby odwiedzający chorych nie wynosili jéj na miasto. Snać zarodki przyrzutu nie wędrują z tak wielką chyżością i łatwością, jak to możnaby przypuszczać, bacząc na ich lekkość, a badania, o których namieniłem, stwierdzają, że przyrzut nie działa po za obręb 15—30 metrów; londyński szpital ospowych przyjął od r. 1835 do 1851 60,000 chorych na ospę, a pomimo téj imponującéj liczby nigdy nie obserwowano ospy panującéj epidemicznie w dzielnicy okalającéj rzeczony szpital; lecz to bezpieczeństwo sąsiadujących ze szpitalem dzielnic osięga się za pomocą wielkiéj czujności władz dozorujących w szpitalu; doświadczenie poucza, że obsługa szpitalna może roznosić przyrzut, jeśli wydala się często ze szpitala, niezachowując znanych przepisów odwietrzania i oczyszczania; z pościelą i ubraniem chorego można przenieść przyrzut nie tylko do sąsiednich dzielnic, ale przy dzisiejszéj szybkiéj lokomocyi zawieść go można na drugą półkulę, i dla tego każdéj zmianie pobytu chorego na cierpienia zakaźne, czy on udaje się do szpitala, lub opuszcza szpital jako ozdrowieniec, winno towarzyszyć przewietrzenie, wytrzepanie i wykadzenie pościeli, ubrania, oraz wywietrzenie i wykadzenie mieszkania. Rzeczą policyi zdrowia czuwać, ażeby wagony, powozy publiczne, statki nie służyły cierpiącym na choroby zakaźne, gdyż tą drogą wielokrotnie już stwierdzono szerzenie się zarazy, a w Anglii nie jeden z tego powodu wytoczono proces; najwłaściwiéjby było, ażeby szpitale posiadały lektyki przeznaczone na wyłączny użytek cierpiących na choroby zakaźne; po stołecznych miastach (Londyn) szpitale mają swe powozy na ten cel przeznaczone.

Wielokrotnie poruszaną była myśl, ażeby rząd posiadał władzę odosobnienia przymusowego, jeśli droga perswazyi nie będzie wystarczającą. Sądzę, że w każdym szczegółowym przypadku, gdzie dobrowolne odosobnienie nie ma miejsca, a zachodzi istotna potrzeba odosobnienia, władze sanitarne winny orzekać; gdyż każdy sporadyczny przypadek choroby zakaźnéj, zwłaszcza jeśli ma miejsce w obszerném, dobrze odosobnioném prywatném mieszkaniu, nie wymaga koniecznego odesłania chorego do szpitala; natomiast jeśli przypadek taki zdarza się w fabryce, pensyjonacie, hotelu itd., odesłanie chorego do szpitala jest niezbędném, a rzecz naturalna, że osoby zamożne powinny ulegać temu prawu, jak to już weszło w zwyczaj w Londynie, gdzie w podobnych okolicznościach nikt już się nie skarży na pogwałcenie praw rodzinnych.

Długo, może za długo, rozwodziłem się nad odosobnieniem cierpiących na choroby zakaźne, gdyż widzę w niém przy dzisiejszym stanie nauki o leczeniu chorób zakaźnych jeszcze największą rękojmię, jeśli nie usunięcia choroby z chorego organizmu, to zamknięcia zarazy w ciasnych granicach; kończąc więc o zadośćuczynieniu wskazaniom zapobiegawczym, przechodzę do wskazań ściśle leczniczych, a tu, pomimo méj woli i chęci, muszę być małomównym. Dłuższe doświadczenie przekonało mnie, że nietylko nie mamy leku na choroby zakaźne, ale że szukamy go na błędnéj drodze. Widząc jak na szkiełku drobnowidu ruszające się pierwotwory przestają wykonywać swe ruchy, jeśli do kropli, w któréj one żyją, doda się kwasu karbolowego, jodu, spirytusu itd., teoretycy obiecywali rodzajowi ludzkiemu wieczne zdrowie; chirurdzy i położnicy odnieśli nieocenione korzyści z tak zwanéj metody przeciwgnilnéj, lecz klinicyści nie posunęli się o krok daléj w leczeniu chorób zakaźnych; gdybyśmy w tym samym stosunku nasycili kwasem karbolowym ciecze organizmu, w których żyją pierwotwory, w jakim dzielny ten lek znajduje się w kropli na szkiełku mikroskopu, to niezawodnie pierwotwory żyćby przestały, a organizm w którym one żyły, podzieliłby ich los, gdyż ogólne prawa życia od człowieka do prątków są te same; jeśli używamy środka leczniczego, który ma własność skrzepiania białka, i dla tego zabija pierwotwory, to nie możemy zapominać, że własności chemiczne białka są jedne i te same, bez względu gdzie ono się znajduje. Zatém leki działające chemicznie nie mają żadnéj przyszłości w leczeniu chorób zakaźnych, gdyż podane w ilości nieszkodliwéj organizmowi chorego są jednocześnie nieszkodliwemi i dla pierwotworów, a jeśli ich dawka działa zabójczo na pierwotwory, zatruwa ona jednocześnie organizm chorego. Na innéj więc drodze należy szukać broni przeciw pierwotworom, a i pod tym względem ogólne prawa świata organicznego, mianowicie, że tak rośliny jak i zwierzęta żyją tylko w pewnych pasach jeograficznych, że kiedy dla jednych okolice podbiegunowe są jedyném miejscem możebnego życia, drugie nie mogą istnieć po za zwrotnikiem, powtarzam, ogólne prawa świata organicznego winny być wzięte na wzgląd. Nauka hodowania pierwotworów już jest o tyle udoskonaloną, że twory te możemy posiadać w ogromnéj ilości a przez to samo możemy badać warunki ich bytu, a głęboka znajomość tych warunków pouczy o fizyjologii pierwotworów, a jednocześnie i o warunkach, śród których pierwotwór ginie i mimowoli przychodzi na myśl metoda Dra Kaczorowskiego leczenia chorób zakaźnych zimném powietrzem. Przez dłuższy czas szczepił Pasteur kurom jad wąglikowy, lecz bez skutku i wiedząc że kury posiadają wyższą ciepłotę od bydła, Pasteur zanurzył kury w wodę zimną, i obniżył ich ciepłotę, a wówczas każde zaszczepienie jadu wąglikowego wywołało wąglik u kur. W technice po części bezwiednie oddawna zastosowaną jest metoda, o któréj mowa: i tak przegotowujemy konfitury, gdy się burzą i kisną; by zapobiegać rozkładowi mięsa, mleka itd., umieszczamy je na lodzie; przed kilku łaty handel francuski win został zagrożony zupełnym upadkiem: pasorzyt przywieziony z szczepami sprowadzonemi z Ameryki, uczynił wina francuskie kwaśnemi i nie właściwemi do przechowania; zbadawszy chorobę Pasteur doradził już zbutelkowane wino zanurzać w wodę ogrzaną do 50°C., przyczém wino nie utracało swéj własności, a pasorzyt ginął bezpowrotnie; tylko badając przyrodę rzeczonego pasorzyta mógł Pasteur podać tak skuteczny przeciw niemu środek; podobne więc badanie znanych do téj pory pasorzytów zakaźnych może doprowadzić do podobnych skutków; mogą znaleźć się takie warunki, które nie szkodząc organizmowi nawiedzonemu zniszczą pierwotwory.

Wiedząc, czém była ospa dla rodzaju ludzkiego jeszcze przed wiekiem, a jak zmalały straszne jéj skutki od czasu wprowadzenia szczepienia ospą ochronną, mimowoli przychodzi myśl, czyby się nie dała wynaleźć taka limfa ochronna dla każdéj zakaźnéj choroby; do téj pory znane nam tylko niefortunne próby szczepienia kiły. W Paryżu panowała choroba na kury, którą nazwano cholerą kur z tego powodu,

że jednocześnie panowała w têm mieście cholera azyjatycka. Pasteur badając tę chorobę drobiu, odkrył pasorzyt, którego udało mu się hodować i jednocześnie przekonał się, że zaszczepienie pasorzyta tego kurom bez wyjątku wywoływało tę samą chorobę, zawsze z zejściem śmiertelnêm; hodując te pierwotwory w bulijonie kurzym ogrzanym do 110°—115°C. Pasteur wytworzył dwie odmiany tego pasorzyta; szczepiąc odmianę drugą wywołał on cholerę kur, ale nie śmiertelną, jeżeli szczepił następnie tymże samym kurom pasorzyt niezmodyfikowany hodowaniem, cholera zabójcza nie powstawała.

Należy przypuścić, że po przebyciu choroby zakaźnéj w organiźmie nawiedzonym albo ubywa jakiś pierwiastek, niezbędny dla życia pierwotworów, albo pozostaje coś, co przeszkadza powtórnemu rozwojowi tychże samych pierwotworów, przypuszczeniem takiém można sobie wytłumaczyć, dla czego choroby zakaźne, jak np. ostre wysypki, tylko wyjątkowo powtórnie nawiedzają organizm, i tymże samym sposobem tłumaczy się działanie szczepienia ochronnego. Hodowanie i badanie życia pierwotworów, po dawniejszém odkryciu działania krowianki, po wyżéj przytoczonych doświadczeniach na kurach Pasteura, pozwala mieć nadzieję, że szkoła doświadczalna zdoła wytworzyć takie skarłowaciałe organizmy pasorzytów, któreby na wzór krowianki wywoływały te zmiany w ustroju ludzkim, które go chronią od nawiedzenia przez przyrzut przyrody złośliwéj.

Z tego, co powiedziałem, wynika, że istotnego leczenia chorób zakaźnych do téj pory nie znamy, a zachody nasze ograniczają się do złagodzenia uciążliwych objawów; natomiast z drogoskazów postawionych przez przedstawicieli szkoły doświadczalnéj wnosić należy, że badanie przyrody pasorzytów wzbogaci naukę leczenia nowemi środkami, nieaptecznemi, wyszukanie i utrwalenie których jest zadaniem przyszłości.

II. Kazuistyka sądowolekarska.

Sprawozdanie z ważniejszych przypadków podał prof. Dr. **Blumenstok.**

VIII. Skrytobójstwo. Śmierć z udaru mózgowego lub uduszenia.

(Dokończenie. Patrz Nr. 4).

Jako sprawców zbrodni straż bezpieczeństwa wyśledziła dwóch kominiarzy, których d. 2 marca widziano w chałupie denata. Podczas gdy starszy z nich aż do ostatniéj chwili czynu się wypierał, młodszy przyznał od razu, że w dniu wspomnionym udali się byli do chałupy Jakóba P. celem zamordowania go i podzielenia się łupem, — że w chwili, gdy Jakób P. siedział na ławie stojący przed nim starszy kominiarz uderzył go pałką w czoło, w skutek czego Jakób P. spadł natychmiast z ławy, następnie morderca przyklęknąwszy na nieprzytomnym uderzył go młotkiem w głowę a ręką dławił go za szyję, a gdy go już mieli za nieżywego wynieśli go z izby do komórki, gdzie morderca wepchnął mu kartofel do ust, narzędzie zbrodni zaś rzucił za przypiecek, poczém obaj zabrawszy kilkadziesiąt złotych gotówki zamknęli drzwi na kłodkę i wynieśli się ze wsi. W skutek tego zeznania żandarm udał się z zeznającym do chałupy Jakóba P., gdzie na miejscu, poprzednio przez kominiarczyka wskazaném, znalazł w rzeczy saméj owe dwa narzędzia, to jest pałkę i młotek.

Narzędzia te, które razem z obwinionymi przesłano do Sądu krajowego w Krakowie, sędzia śledczy wręczył mnie i kol. Żuławskiemu celem zbadania takowych.

Na jednym końcu pałki znajdowało się kilka plam brunatno czerwonych, połyskujących, a więc podejrzanych. Plamy te po odskrobaniu zostały zbadane przez nas sposobem mikrochemicznym a pod mikroskopem okazały się piękne kryształki heminowe w niezliczonéj ilości. Po odwilżeniu nieco proszku, zeskrobanego z pałki, za pomocą ługu potasowego zdołaliśmy wykryć pod mikroskopem dokładne krążki krwi okrągłe w małéj ilości. Nie ulegało więc wątpliwości, że owe plamy podejrzane rzeczywiście były plamami krwi. Na młotku znajdowała się tylko rdza, a dochodzenie krwi pozostało bez skutku.

Śród śledztwa nasunęło się podejrzenie, że obwiniony kominiarz starszy dopuścił się był i morderstwa na osobie Józefy Klockowéj, owéj kobiety, którą w d. 2 lutego 1876 r. znaleziono zamordowaną w domu pod l. 322 przy ulicy Floryjańskiéj w Krakowie. Przypadek ten opisałem w niniejszéj kazuistyce pod l. II a sprawca okropnéj zbrodni dotąd nie został wykryty. Wydobyto akta śledcze tego przypadku a sędzia śledczy przedłożył nam następujące pytania: „czy sposób i narzędzia w jednym i drugim przypadku wskazują na jednego i tego samego sprawcę morderstw dokonanych, lub téż zachodzi taka różnica, że nie można uczynić wniosku podobnego?“

Na pytanie to odpowiedzieliśmy jak następuje:

Na zwłokach Józefa Pabisa znaleziono dwie rany na głowie, a mianowicie jedną większą w okolicy oczodołowéj lewéj, a drugą mniejszą nad kością boczną prawą. Pierwsza zadana została narzędziem tępém, a narzędziem têm mogła być pałka, na któréj krew znaleźliśmy; druga rana zadana została narzędziem tępokańciastém, a narzędziem têm mógł być młotek, przez nas również badany. Nadto znaleziono na zwłokach Pabisa ślady dławienia ręką, oraz złamanie żeber świadczące o ugniataniu klatki piersiowéj, najprawdopodobniéj za pomocą kolana.

Całkiem inaczéj przedstawiają się obrażenia u Józefy Klockowéj. Tam według wszelkiego prawdopodobieństwa dwa narzędzia były użyte, z których jeden był tak zwany bokser, a drugiém narzędzie nadzwyczaj ciężkie, jak np. żelazko krawieckie z kutego żelaza, lub duża siekiera, albowiem tylko w ten sposób można sobie wytłumaczyć owe niezwykłe spustoszenia, które znaleziono na głowie Klockowéj.

Zachodzi więc bardzo wielka różnica między obrażeniem Klockowéj a Pabisa, a têm samêm i co do narzędzi, za pomocą których obrażenia jednéj i drugiéj osobie zadane zostały, w szczególności zaś obrażenia Klockowéj nie mogły powstać skutkiem działania młotka lub pałki, które wystarczały do wywołania obrażeń u Pabisa.

Jedne i drugie obrażenia, tj. tak obrażenia Klockowéj jakoteż Pabisa nie mogły także powstać skutkiem uderzenia za pomocą tak zwanéj gracy kominiarskiéj; narzędzie takie bowiem byłoby za lekkie do wywołania takich spustoszeń, jakie znaleziono u Klockowéj, a obrażenia Pabisa co do postaci również takiemu narzędziu nie odpowiadają.

Przy rozprawie przed trybunałem przysięgłych, która się odbyła przeciw obydwom oskarżonym o morderstwo w d. 11 listopada 1880 r. na wezwanie przewodniczącego o wyjaśnienie przyczyny śmierci Pabisa i kolei, w jakiéj mu obrażenia zadano, orzekliśmy co następuje:

Ze stanowiska sądowo lekarskiego zeznania młodszego z oskarżonych tak co do sposobu, jako i narzędzi, któremi Pabis życia pozbawiony został, zasługują w zupełności na wiarę. Według tego zeznania Pabis siedzący na ławie uderzony został naprzód pałką w głowę, poczém spadł z ławy i stracił przytomność. Można w tym przypadku z zupełną pewnością oznaczyć, która z dwóch ran na głowie znalezionych pierwéj i pałką została zadaną. Była nią rana w okolicy nadoczodołowéj lewéj, a była nią nietylko dla tego, że brzegi jéj okazały się nierównemi, poszarpanemi, strzępiastemi, ale głównie z tego powodu, że nią być nie mogła rana druga w okolicy kości bocznéj prawéj znaleziona, ponieważ ta, jak późniéj wykażemy, z pewnością nie powstała w skutek uderzenia pałką. Uderzenie jednak w czoło po stronie lewéj, pomimo że zadane zostało pałką grubą i ciężką, nie było śmiertelném w danym razie, gdyż ono nie wywołało pęknięcia czaszki. Mogło ono wywołać co najwięcéj wstrząśnienie mózgu, jak tego dowodzi okoliczność, że Pabis po tém uderzeniu natychmiast stracił przytomność i spadł z ławy. W tym stanie nieprzytomnym Pabis był duszonym w sposób podwójny. Mamy bowiem dowody, że naprzód na szyję jego działał gwałt w postaci palców dławiących, po których pozostały zdarcia przyskórka, charakterystycznie ułożone, bo jedno po jednéj a cztery po drugiéj stronie szyi w okolicy krtani, a powtóre że działał także gwałt na klatkę piersiową. Wreszcie Pabis uderzony został według zeznania młodszego obwinionego młotkiem w głowę; tym sposobem powstała druga rana, znaleziona w okolicy kości bocznéj prawéj. Rana ta bowiem była małą i głęboką, a kość boczna prawa okazała się złamaną promienisto, tak że pp. obducenci nie wiedząc jeszcze o młotku słusznie przypuszczali, że ona najprawdopodobniéj zdziałaną została kamieniem. Jakkolwiek uderzenie to zadaném zostało narzędziem nierównie lżejszém aniżeli pałka, to mimo to ono pociągnęło za sobą o wiele zgubniejsze następstwa, bo wielokrotne pęknięcie czaszki, połączone z krwotokiem wewnętrznym. Obrażenie takie zazwyczaj pociąga za sobą śmierć człowieka, w danym przypadku atoli nie ono jednak stała się przyczyną śmierci Pabisa. Po pęknięciu czaszki bowiem, połączoném z udarem mózgowym, człowiek nie umiera tak prędko, bo zazwyczaj jeszcze żyje jeżeli nie dni kilka, to przynajmniéj kilka godzin. U Pabisa atoli znajdujemy uszkodzenia przemawiające za innym rodzajem śmierci, który zazwyczaj bardzo szybko następuje. Tym rodzajem śmierci jest śmierć z uduszenia. Nie ulega wątpliwości, że Pabis był duszony w sposób skombinowany, bo przez dławienie i ugniecenie klatki piersiowéj, i silnie, skoro dławienie pociągnęło za sobą nietylko otarcie przyskórka, ale co ważniejsza wynaczynionki w tkance łącznéj podskórnéj i między mięśniami oraz złamanie kości gnykowéj, ugniecenie zaś klatki było połączone z wynaczynieniem w mięśniach piersiowych i ze złamaniem 8 żeber. Jeżeli zważymy, że tak dławienie palcami jak ugniatanie klatki piersiowéj, każde z osobna, wystarcza do wywołania śmierci z uduszenia, a tém bardziéj i prędzéj śmierć nastąpić musi jeżeli równocześnie działa ucisk na szyję i na klatkę piersiową, jeżeli następnie zważymy, że po zadławieniu człowieka prócz śladów zewnętrznych najczęściéj wewnętrznie nie napotykamy zmian uderzających, podczas gdy u Pabisa znaleziono nietylko wynaczynionki, ale co ważniejsza, i złamanie kości gnykowéj, które według naszego i cudzego doświadczenia zdarza się bardzo rzadko i tylko wtedy, jeżeli bardzo silny ucisk został wywarty, jeżeli uwzględnimy daléj okoliczność, że i ugniecenie klatki musiało być silném, skoro wywołało nietylko wynaczynienie, ale i złamanie tylu żeber, a wreszcie, że Pabis podczas duszenia go był już nieprzytomnym i bronić się nie mógł, — to nie ulega wątpliwości, że duszenie to było zdolném wywołać jego śmierć, którą poprzednie wstrząśnienie mózgu i następne pęknięcie czaszki i udar mózgowy tylko przyśpieszyć musiały. Przeciw śmierci z uduszenia w tym przypadku nie przemawia wcale okoliczność, że przy oględzinach nie znaleziono wszystkich zmian wewnętrznych, jakie przy śmierci z uduszenia często napotykamy. W protokole sekcyjnym zapisane jest tylko mierne przekrwienie płuc, a choćby nawet i tego nie było, to śmierć z uduszenia przecież była możebną, skoro czasem po niewątpliwém uduszeniu żadnych zmian wewnętrznych nie znajdujemy. Wiadomą bowiem jest rzeczą, że tam, gdzie gwałt działał na klatkę piersiową, gdzie więc rozszerzalność klatki piersiowéj za życia była uszczuploną, nie przychodzi do przekrwienia, owszem najczęściéj znachodzimy objawy niedokrewności; trudno zaś rozstrzygnąć, co w danym przypadku więcéj przyczyniło się do uduszenia, czy dławienie lub ugniecenie klatki piersiowéj. Ze zmian znalezionych na zwłokach Pabisa wnosić daléj wypada, że ugniecenie klatki piersiowéj nastąpiło za pomocą kolan, ponieważ z jednéj strony na skórze klatki piersiowéj nie było żadnych śladów obrażenia, a z drugiéj 8 żeber było złamanych mniéj więcéj symetrycznie, co według doświadczenia sądowo-lekarskiego zdarza się zazwyczaj wtedy, jeżeli ugniecenie sprawiają kolana. Ponieważ zaś trudno przypuścić, aby jeden człowiek klękając na ofierze ugniatał klatkę piersiową, a drugi ją dławił za szyję, a o wiele snadniéj przypuścić wypada, że człowiek klękający na leżącéj ofierze równocześnie ręką chwyta ją za szyję, więc oświadczamy się za tém, że do sprawienia wszystkich obrażeń znalezionych na ciele Pabisa wystarczał jeden człowiek, i że człowiek ten działał w wyraźnym zamiarze pozbawienia życia Pabisa, sądząc po narzędziach przezeń użytych, po licznych obrażeniach i gwałtownem duszeniu.

Sąd przysięgłych jednogłośnie uznał winnym starszego obwinionego zbrodni morderstwa, a młodszego udzielania pomocy przy téj zbrodni; starszy skazany został na śmierć przez powieszenie, a młodszy na 10 lat ciężkiego więzienia

---

Przypadek ten wcale nie należy do rzadkich, podałem go jednak dla tego, że chciałem zwrócić uwagę na kwestyję konkurencyi dwóch przyczyn śmierci, która czasem wcale nie jest obojętną, bo nie polega tylko na zaspokojeniu ciekawości, lecz dąży do wykazania winy większéj lub mniejszéj. Zapewne, jeżeli w danym przypadku znajdziemy dwojakiego rodzaju obrażenia, z których każde samo przez się wystarcza do wyjaśnienia przyczyny śmierci, konkurencyja ta nie będzie miała żadnego znaczenia praktycznego wtedy, jeżeli o czyn oskarżony jest tylko jeden człowiek. Jeżeli zaś przeciwnie kilka jest obżałowanych, wtedy rozchodzić się może o to, które obrażenia każdemu z nich przypisać należy, co zwłaszcza wtedy jest możebném, jeżeli jak w powyższym przypadku, na zwłokach znajdujemy dwojakiego rodzaju uszkodzenia, z których każde innem narzędziem zadane zostało. Przypuśćmy więc, że stwierdzonémby zostało, iż starszy kominiarz dusił ofiarę, podczas gdy młodszy uderzył go młotkiem, to nader ważną byłoby kwestyją, które działanie,

czy uduszenie lub bicie młotkiem stało się bezpośrednią przyczyną śmierci. Należy więc lekarzowi sądowemu, który nie może nigdy przewidzieć, ilu zwłaszcza przy rozprawie ostatecznéj wykaże się winnych, nawet w razie, jeżeli obydwóch rodzajów obrażenia zdolne były śmierć sprowadzić, rozróżnić dokładnie, która z nich w danym przypadku śmierć wywołała, a która mogłaby była śmierć wywołać, gdyby uszkodzony nie był poprzednio z innego umarł uszkodzenia. Pytanie to według mego doświadczenia może nadto mieć pewną doniosłość nawet w razie, jeżeli tylko jeden człowiek o morderstwo jest obwinionym. Weźmy np. przypadek, który był przedmiotem dochodzenia w tutejszym Sądzie, że człowiek zostaje przez drugiego uderzony w głowę narzędziem tępém, a to wtedy, gdy stoi nad brzegiem potoku, że skutkiem uderzenia upada i zsuwa się do wody, podczas gdy napastnik ucieka; że w kilka godzin potém znajdują go leżącego bez życia w wodzie tak płytkiéj, że kadłub z niéj sterczał, podczas gdy głowa była pokrytą; że sekcyja wykazuje znamiona śmierci z uduszenia oraz silny udar mózgowy, — to mamy przypadek podobny do wyżéj opisanego, w którym również jeden człowiek tylko był oskarżony, ale dokładne oznaczenie najbliższéj przyczyny śmierci wcale nie mogło być obojętném, zwłaszcza w obec sędziów przysięgłych, którzy jako nie prawnicy większego potrzebują pouczenia. W przypadku tym należało orzec, że najbliższą przyczyną śmierci było utonięcie, dalszą jednak obrażenie głowy, skutkiem którego nastąpiła utrata przytomności, zesunięcie się nieprzytomnego do wody, a tém samém niezdolność do ratowania się pomimo płytkości wody. Sędziowie przysięgli atoli byli tego zdania, że na karb obwinionego położyć należy tylko następstwa bezpośrednio wynikłe z uderzenia w głowę zadanego, to tylko to uderzenie zamierzył, podczas gdy zesunięcia się pobitego do wody i utonięcia w niéj nie mógł przewidzieć. Zgodnie z tém zapatrywaniem pytali się, ażali obrażenie zadane w głowę było bezwzględnie śmiertelném, a względnie czy pobity musiałby umrzeć z tego uderzenia, gdyby nie był wpadł do wody. Ponieważ pytanie to tylko z największém podobieństwem potwierdzić mogłem, a nie z bezwzględną pewnością, ponieważ następnie Sąd nie postawił pytania ewentualnego co do ciężkiego uszkodzenia cielesnego, przysięgli uznali oskarżonego niewinnym.

III. Oceny i sprawozdania.

Litten (z kliniki prof. Frerichsa): **O niektórych zmianach w oku, ciekawych ze stanowiska klinicznego.**

(Dokończenie).

III. Otrucie nitrobenzolem zanieczyszczonym aniliną.

Kobieta, która w zamiarze samobójczym użyła około 16 gramów nitrobenzolu, jak późniéj badanie chemiczne wykryło, zanieczyszczonego aniliną, dostała silnych nudności i wymiotów, a wkrótce po tém utraciła przytomność. W 4 godziny po otruciu stwierdzono w klinice Frerichsa zupełną bezprzytomność i głęboką śpiączkę, od czasu do czasu tylko podrzucały drgawki całém ciałem. Źrenice bardzo wązkie oddziaływały jeszcze nieco. Czucie i odruchy mocno zmniejszone, oddech ciężki, charczący, pojedyńcze gromady mięśni sztywne i twarde, bierne ruchy stawów bardzo utrudnione. Cała skóra i błony śluzowe ciemno niebiesko zabarwione. Wymiociny, powietrze wydechane i mocz miały silną woń gorzkich migdałów, ostatni okazywał barwę ciemno fijołkową i odkwaszał rozczyn miedzi. Badanie wziernikowe nazajutrz przedsięwzięte wykazało mocno fijolkowe zabarwienie dna oka, osobliwie siatkówki, chociaż i tarcza n. wz. okazywała wyraźnie takie zabarwienie, tętnice i żyły jakby atramentem wypełnione, ostatnie rozdęte, a w ich sąsiedztwie tu i owdzie małe wynaczynionki, wzrok i czucie barw prawidłowe. Wszystkie te objawy utrzymywały się przez trzy doby, a w tydzień po otruciu chora opuściła klinikę.

Uderzające fijołkowe zabarwienie siatkowki i tarczy n. wzr. jako téż moczu autor przypisuje obecności w ustroju aniliny i jéj utlenieniu w barwik fijolkowy, a to témbardziéj, iż go ze znanego działania nitrobenzolu na krew i oddychanie wytłumaczyć nie można. W nielicznych dotąd spostrzeganych przypadkach otrucia aniliną dostrzeżono ciemno-fijołkowe zabarwienie skóry i błon śluzowych, o ile wiadomo nie badano jednak w żadnym z nich dna oka za pomocą wziernika. Zachodzi więc pytanie, czy takie zabarwienie dna oka nie jest stałym objawem zatrucia anilinowego, któryby w przypadkach wątpliwych, mianowicie sądowych, zużytkować można. Pytanie to rozstrzygnąć mogą dopiero dalsze spostrzeżenia. W końcu podnosi autor, że mleko, które w tym przypadku podano zaraz po otruciu, nie jest skuteczną odtrutką, ponieważ środki oleiste jad rozpuszczają, natomiast wskazane są, według doświadczenia wszystkich autorów środki wymiotne i wypróżniające.

IV. Wybroczyny w mózgu i w siatkówce skutkiem tętniaków prosówkowych.

U człowieka 56-letniego, który na ulicy padł nagle bez przytomności, znaleziono częściowe porażenie lew. n. twarzowego, źrenice wązkie, obie lewe odnogi tak ruchowo jak i czuciowo zupełnie porażone, pobudliwość zwrotną utrzymaną, miejscami mocno podwyższoną, tętno bardzo częste, nieregularne, mocno napięte, oddech charczący bardzo przyśpieszony (48 w minucie). Badanie wziernikowe wykazało olbrzymie wybroczyny siatkówkowe, które tarczę i większą część dna oka, a zwłaszcza naczynia w obrębie siatkówki, zupełnie zakrywały. Przy oględzinach pośmiertnych znaleziono mnóstwo i bardzo rozległych wybroczyn w najrozmaitszych częściach mózgu, które autor szczegółowo wymienia, a lewą tętnicę kręgową tętniakowato rozdętą, jéj ściany zgrubiałe i miażdżycowo przeobrażone. W obu tętnicach zatoki Sylwijusza i wszystkich innych widzialnych naczyniach te same zmiany. W obu siatkówkach znaleziono liczne wynaczynionki wielkości soczewicy i większe, a pochwę n. wzr. na wielkiéj przestrzeni krwawo naciekłą. Serce przerosłe i rozdęte, zwłaszcza w połowie lewéj, zastawki zdrowe, tętnica główna i jéj gałęzie mocno stwardniałe i miażdżycowo zwyrodniałe. Gdy, jak wiadomo, udary mózgowe nie wywołują zmian chorobowych w siatkówce i n. wzr., domyślał się L. w zmianach ścian naczyniowych wspólnéj przyczyny wybroczyn tak mózgowych jak i siatkówkowych. Domysł ten stwierdziło badanie drobnowidowe siatkówki, które istotnie wykazało tętniakowate rozszerzenie drobnych gałązek tętniczych. Jeżeli zatém w przebiegu udaru mózgowego wystąpią nagle liczne i rozległe wynaczynionki siatkówki, domyślać się trzeba tętniaków prosówkowych tętniczek siatkówki. Autor tłumaczy przypadek opisany w ten sposób, że skutkiem schyłkowych zmian w ścianach naczyń wytworzyły się tętniaki prosówkowe w mózgu i jego oponach, jako też w siat-

kówce. Podczas nagłego podwyższenia parcia w układzie tętnicy głównéj, któréj napięcie było już i tak podwyższone z powodu rozległego stwardnienia naczyń, nastąpiło pęknięcie tętniaków tak mózgowych jako też i siatkówkowych. (*Berliner klin. Wochenschr.* Nr. 1 i 2 r. 1881).

Prof. Dr. Rydel.

Dr. Oser: **Przedziurawienie lewéj komórki serca przez okrągły wrzód żołądka.**

Kobieta, licząca lat 71, przyjętą została dnia 15go maja 1880 r. do szpitala im. Rothschilda z powodu wymiotów i stolców krwawych od dwóch dni trwających. Chora nadzwyczaj osłabiona; tętno nitkowate, przyspieszone; bolesność w dołku podsercowym wzmagająca się przy ucisku i po jedzeniu. W ciągu następnego dnia znowu wymioty i stolce krwawe. W śród ogromnego wycieńczenia śmierć po 26-godzinnym pobycie w szpitalu. Rozpoznano: *Ulcus rotundum ventriculi.* Wynik sekcyi ciekawym jest, o ile dotyczy żołądka i serca. Tylna powierzchnia lewéj komórki zrośnięta w górnéj części na przestrzeni 8cm. z osierdziem ściennêm z tylną częścią środka ścięgnistego przepony i z częścią wpustową żołądka. W miejscu odpowiedniêm śródsierdzie na przestrzeni 2cm. zgrubiałe, białawo zabarwione. Wśród zgrubienia znajduje się otworek o brzegach nadżartych, przez który zgłębnik z łatwością przechodzi i do jamy żołądka się dostaje. Żołądek wzdęty i wypełniony zbitemi masami krwi; błona śluzowa blada. W części wpustowéj żołądka, a mianowicie na małéj krzywiźnie w odległości 5cm. od wpustu znaleziono mały otworek o brzegach ostrych, prowadzący do jamy utworzonéj z tkanki bliznowatéj w przeponie, osierdziu i lewéj komórce. Z jamy téj z łatwością dostać się można do lewéj komórki przez otworek w zgrubiałêm śród sierdziu. W jamie téj znaleziono drobne ciałko, które najprawdopodobniéj było kawałkiem szkła. Rozpoznanie anat. patol.: *Perforatio ventriculi, cordis sinistri ex ulcere rotundo partis cardiacae ventriculi. Anaemia summa.* Znanych jest kilka przypadków przedziurawienia przepony, a nawet osierdzia, przez okrągły wrzód żołądka obecny jednakże jest jedynym w literaturze lekarskiéj. Przedziurawienie wystąpiło tu na 3—4 dni przed śmiercią, krew jednakże powoli i w małéj tylko ilości dostawała się do żołądka, otworek bowiem w ścianie serca zamykał się podczas skurczu i krwi nie przepuszczał. Powietrza w sercu i w naczyniach nie znaleziono. (*W. med. Bl* 1881, 1). *Rr.*

Dr. Lewin (w Berlinie): **Zachowanie się i skutki kwasu garbnikowego w ustroju zwierzęcym.**

Autor oświadcza na podstawie swych badań, że kwas garbnikowy tworzy z istotami białkowatemi osady, nierozpuszczalne w wodzie, ale rozpuszczalne w nadmiarze roczczynu białkowatego albo klejkiego, w dosyć zgęszczonym kwasie octowym, w rozcieńczonym kwasie mlekowym, w alkalijach i ich węglanach. Kwas garbnikowy nie przeszkadza zamianie białka w peptony, ani też nie upośledza trawienia, gdyż już mała ilość 0,1% kwasu solnego strącone białko znowu rozpuszcza. Białkan garbnikowy, powstały przez działanie kwasu garbnikowego na krew, dopóty pozostaje w rozpuszczeniu, dopóki krew oddziaływa alkalicznie. Kwas garbnikowy, zastosowany zewnętrznie na błony śluzowe lub wrzody, działa ściągająco, ścina od zewnątrz względną warstwę białka a część dotknięta przedstawia się niejako sztywniejszą na swéj powierzchni. Autor wykazał, że po wstrzyknięciu 10% roczynu kwasu w mowie będącego pod skórę grzbietu żaby, mięśnie stały się mniéj ciągliwemi a znacznie sprężystszemi. Przyczyny téj zmiany w mięśniach upatruje w ubytku tlenu z powodu tworzącego się białkanu garbnikowego i na podstawie tego zachowania się mięśni tłumaczy ściągające skutki kwasu garbnikowego, przypuszczając zwężenie się naczyń, o którêm naocznie się przekonał na krezkowych tętnicach żaby. Wynik badań Lewina jest zatêm wręcz przeciwny dotychczasowym zapatrywaniom Rosenstirna i Rossbacha, którzy kw. garbnikowemu przypisują własność rozszerzania naczyń odmawiając mu przeciwnéj własności nawet w zetknięciu z błonami śluzowemi zapalnemi. Kwas garbnikowy posiada także własność odwaniania i odrażania w wyższym stopniu, niż mu to dotychczas przyznawano: roczyn jego w nadmiarze usuwa w kilku minutach przykrą woń krwi gnijącéj a mięszanina, pozostając nawet przez kilka tygodni w otwartêm naczyniu, nie ulega rozkładowi. Również białkan garbnikowy nie ulega zmianie przez kilka miesięcy. Z zachowania się kwasu garbnikowego w obec istót białkowatych tłumaczy autor możność wessania go i znajdowania się we krwi w postaci białkanu garbnikowego, ściągającego, czemu dotychczas zaprzeczano. Nie należy więc skutków kwasu garbnikowego przypisywać kwasowi dębiankowemu, jak mniemano; gdyż ostatni nie jest środkiem ściągającym, ale tylko farmakologiczne własności kwasów posiadającym. Do obiegu krwi dostaje się tylko tyle kwasu garbnikowego, ile w danym czasie i warunkach zamienić się może w białkan garbnikowy, który jako taki wydziela się z moczem. Jeżeli tak jest, jak utrzymuje Lewin, to dotychczasowe poglądy na własności fizyjologiczne kwasu garbnikowego muszą prawie w zupełności ustąpić powyższemu, a zarazem zmienić się musi i zastosowanie lecznicze kwasu garbnikowego, któremu zatêm nietylko miejscowe ale i odległe skutki w ustroju przyznać należy. Zmniejsza on objąt śledziony, skutecznie podawanym bywa w biegunkach, ogranicza wydzielanie gruczołów śluzowych, jest środkiem szczmiącym w wewnętrznych krwotokach, — oraz zgodnie z dawniejszêm zapatrywaniem Mitscherlicha — zmniejsza wydzielanie moczu. Łatwo też wytłumaczymy sobie działanie pigułek Frerichsa w białkomoczu, przetworów garbnikowych w nieżycie pęcherza, jak niemniéj pomyślne rezultaty w zewnętrznêm użyciu kwasu garbnikowego. Lewin potępiając używanie kw. garbnikowego w proszku, zaleca takowe w formie roczczynu białkanu garbnikowego, lub też alkalicznego roczczynu samego kwasu garbnikowego. (*Virchows Archiv* 81 B. s. 74).

Dr. Kramarzyński w Słotwinie.

Wiadomości pomniejsze.

(T.W). U chorego z ciężką formą **pierzchnicy czerwonéj** (*Lichen exsudat. ruber*) a przytêm bardzo chudego i wyniszczonego stósował Prof. Köbner w Berlinie podskórne wstrzykiwania roczczynu arszenikalnego z następującym skutkiem: Począwszy od 29 czerwca aż do 2 lipca brał chory codziennie, później co kilka dni, podskórnie 0.24-–0.29 roczczynu Fowlera, co razem w ciągu 18 dni wyniosło 2.61 grm. roczczynu Fowlera = 0.03 arszeniku. Już po trzeciêm wstrzyknięciu swędzenie znacznie się zmniejszyło, po ósmêm wszystkie guziczki zbladły i zapadły się, a dnia 16 lipca zanotowano: swędzenie od 8 dni zu-

pełnie ustało, sen wyborny, na tułowiu i odnogach brunatne plamy, pod prawą łopatką ślady płaskich guziczków, zresztą wszędzie skóra gładka. Chorego przedstawiał K. na posiedzeniu Tow. lekarskiego w Berlinie dodając, że od 3 miesięcy nie nastąpił powrót choroby. (*W. med. Blätter 51, 1880*).

(T.W). Przeciw **tężcowi i szczękościskowi** poleca Sporer (*Petersb. und Prag. mediz. Woch*). na podstawie trzech szczęśliwie wyleczonych przypadków; kompresy w gorącéj wodzie maczane (+ 50—55° C.) i dobrze wyciśnięte, które przyłożyć należy na tyłogłowie i kręgoslup chorego. W pierwszym przypadku dziecko, 1½ roku liczące, cierpiało na zapalenie ślinianki z objawami ostrego zapalenia opon mózgowych; w drugim przypadku kobieta, 35 letnia, dostała tężca po zapaleniu gośćcowém stawów, wreszcie 17 letni parobek nabawił się tężca i szczękościsku w skutek wielkiego zmęczenia przy pracy: we wszystkich trzech przypadkach ustały kurcze tężcowe rychło po przyłożeniu kompresów.

(TW). **Ergotyn przeciw ostremu gośćcowemu zapaleniu stawów.** U młodéj dziewczynki, która obok rozległego zapalenia stawów cierpiała na wypadnięcie odbytnicy, wstrzyknął Dr. Chevallereau (*France n éd. 14 Nov. 1880*) przeciw ostatniemu cierpieniu podskórnie w okolicę stolcową 0.40 *ergotin. solut. Bonj.* i spostrzegł nazajutrz ku wielkiemu zdziwieniu swemu znaczne polepszenie w stawach zajętych; nie tylko bowiem obrzęk się zmniejszył, ale i ruchy w niektórych stawach były możebne i nie sprawiały bólu. Po powtórném zastrzyknięciu zapalenie ze stawów ustąpiło, a i odbytnica nie wypadała więcéj. To skłoniło Ch. do użycia ergotynu jeszcze w dwóch innych przypadkach ostrego zapalenia stawów: u 23 letniéj panny, cierpiącéj od 5 dni na gośćcowe zapalenie po stronie prawéj stawu ramieniowego łokciowego i skokowego, a po lewéj stawu łopatkowego, biodrowego i nadgarstkowego; wstrzyknięcie podskórne w prawe udo 0.50 ergotynu zmniejszyło znacznie bóle, po powtórném zastrzyknięciu na trzeci dzień zapalenie bardzo rychło ustępowało, tak, że po 9ciu dniach chora zupełnie czuła się zdrową. W drugim przypadku zachorowała na zapalenie stawów 9cioletnia zołzowata córka matki suchotniczki, d. 9 lipca wstrzyknął Ch. wśród największego nasilenia choroby 0.40 ergotynu, a dnia 11 lipca bólów już prawie nie było, a pozostał tylko lekki obrzęk prawego stawu nadgarstkowego; powtórne zastrzyknięcie 0.50 ergotynu tegoż dnia, a 14 lipca chora już chodziła. Te trzy przypadki zachęcają bardzo do ściślejszych doświadczeń.

(TW). **Płukanie gardła w przewlekłym nieżycie gardła i tylnych jam nosowych** jest według zdania wielu lekarzy zupełnie bezskutecznem; zdaniu temu nie można odmówić słuszności, gdyż przy zwykłym, a powszechnie używanym, sposobie płukania, płyn do płukania użyty zwilża jedynie przednią ścianę podniebienia miękkiego, a jak się o tém za pomocą płynu zabarwionego przekonać można, nie dochodzi nigdy do tylnéj ściany przełyku, a tém mniéj do przestrzeni nosowopołykowéj. Chcąc, aby płukanie przyniosło pożądany skutek, należy według Mosslera (*D. med. Woch.* N. 1. 1881) wykonywać je w następujący sposób: Chory bierze do ust sporą ilość płynu przepisanego, zatrzymuje oddech i przechyla głowę ku tyłowi, tak, aby płyn dostał się do przestrzeni połykowéj, a równocześnie wykonywa częste ruchy połykowe i wydechowe podobnie jak, gdy palący cygaro dym przez nos chce puścić, w skutek czego przy wyprostowaniu głowy część płynu odpływa przez nos, a resztę chory ustami wypluwa. Chorzy tym sposobem obok gardła przepłukują także tylne części jamy nosowéj i podwójną odnoszą korzyść; do płukania zalecają się różne środki solne, a nawet rozczyn soli kuchennéj.

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Rada Zawiadowcza Tow. lek. galic.

Posiedzenie II. z dnia 22 grudnia 1880.

Przewodniczący Dr. Biesiadecki. Obecni Drwie: Hoszard, Rieger, Głowacki, Rożański i Merunowicz.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto bez zmiany.

2) Sekretarz odczytał pismo p. Z. K., zastrzegającéj swe pretensyje do dochodów majątku b. gremium chirurg. lwowskiego; tymczasowo złożono to pismo do aktów.

3) Wybrano jako delegatów Tow. Lek. galic. do Redakcyi Przeglądu Lekarskiego Doc. Dra Kazimierza Grabowskiego i Dra Augusta Kwaśnickiego.

4) Siostrze śp. Dr. B. nie udzielono zapomogi, ani téż nie uchwalono przedstawić jéj prośby o stałą pensyję Walnemu Zgromadzeniu z wnioskiem popierającym, a to z powodu, iż wedle statutu jedynie wdowy i sieroty po naszych członkach mają prawo do wsparcia lub pensyi.

5) Wdowie po śp. L. G. uchwalono udzielić jednorazową zapomogę w kwocie złr. 100 w. a. a prośbę jéj o pensyję stałą przedłożyć Walnemu Zgromadzeniu z wnioskiem o udzielenie pensyi, a to z powodu, iż ta wdowa nie posiadając żadnego majątku ma troje drobnych dzieci do wyżywienia i wychowania.

6) Wdowie po śp. Dr. Z., który był do r. 1878 członkiem Towarzystwa, lecz w końcu swego życia popadł w skutek długotrwałéj choroby w tak przykre stosunki pieniężne, iż nawet wkładek rocznych opłacać nie był w stanie, udzielono jednorazową zapomogę w kwocie złr. 100 w. a.

Protokół ten został odczytany i przyjęty na posiedzeniu dnia 10. Stycznia 1881. *Dr. Merunowicz*, sekretarz.

Sekcyja Jasielska Towarz. lek. galic.

Dnia 14 stycznia b. r. odbyło się doroczne Zgromadzenie członków, na którém obrano na rok 1881 przewodniczącym Dra Jana Biesiadeckiego, zastępcą Dra Waina, sekretarzem Dra Macudzińskiego, gospodarzem Dra Świrskiego, kontrolorem lekarza Kotowicza, delegatem na Walne Zgromadzenie Dra Biesiadeckiego, zastępcą Dra Zabierowskiego.

Sekcyja Stanisławowska Towarz. lek. gal.

Dnia 15 stycznia b. r. obrano na posiedzeniu doroczném przewodniczącym Dra Mroczkowskiego, zastępcą Dra Zaleskiego, sekretarzami Dra Lachawca i Dra Galusińskiego, skarbnikiem Dra Frankfurtera, delegatem na Walne Zgromadzenie Dra Zaleskiego.

Sekcyja Sanocka Towarz. lek. gal.

Na posiedzeniu doroczném administracyjném odbytém w dniu 15 stycznia b. r. wybrała w skład biura następujących kolegów: jako prezesa Dra Wieńkowskiego emer. lekarza sztab., jako zastępcę Dra Władysława Skalskiego, lek. pow., jako sekretarza Dra Grünhauta, lek. miejsk., jako gospodarza Dra Jakóba Chamaidesa, lek. kolej., jako członka biura Dra Karola Perwolfa, c. k. lek. pułk., jako delegata na Walne Zgromadzenie Dr. Chamaidesa, a zastępcą Dr. Grünhauta.

Sekcyja Stryjska Towarz. lek. gal.

Na posiedzeniu z d. 15 stycznia r b. Przewodniczący odczytał sprawozdanie ze stanu sekcyi Stryjskiéj za rok 1880 z którego wynika: 1) że w r. 1880 miała sekcyja członków 17; 2) posiedzenie odbyło się tylko jedno; 3) stan majątkowy sekcyi stryjskiéj był następujący: z końcem roku 1879 pozostało złr. 38 kr. 45; dochód z funduszu admin. sekcyi w r. 1880 złr 43 kr. 75; — suma w dochodach złr. 82 kr. 20. — Rozchód wynosił ogółem złr. 50 kr. 33; — pozostało złr. 31 kr. 87. — Przewodniczący zdaje sprawę z wyniku obrad walnego posiedzenia Towarzystwa Lek. we Lwowie w dniu 28 czerwca 1880 r. odbytego. Jednogłośnie zostali wybrani na rok bieżący koledzy: Serkowski przewodniczącym, Temple zastępcą przewodniczącego, Papieski sekretarzem, Krzyształowicz gospodarzem, König i Rosenberg członkami bióra, Temple dele-

gatem na walne zebranie. Kol. Temple opowiedział zajmujący przypadek sądowo-akuszeryjny z dawniejszéj swéj praktyki. W dyskusyi brali udział wszyscy koledzy. — Kol. Papieski opowiedział sądowy przypadek tężca śmiercią zakończony po uszkodzeniu pozornie lekkiém kości nosowych — Na wniosek kol. Rosenberga postanowiono udać się do Rady Zawiadowczéj z prośbą o ponowną zapomogę pieniężną dla kolegi od 5 lat chorego i liczną rodziną obarczonego. — Kol. Temple wyraził życzenie, aby na wzór Towarzystwa doktorów wiedeńskich utworzyć w łonie Tow. lek. gal. fundusz pensyjny stały dla wdów i sierot po lekarzach, do czego potrzebaby ustanowić wkładkę wstępną przynajmniéj 200 zlr. wynoszącą, lub w miarę wieku wyższą i wkładkę roczną odpowiedniéj wysokości. Przewodniczący wyjaśnił, iż podobny wniosek przedłożył już przed dwoma laty walnemu zgromadzeniu kolega Męciński, lecz wniosek ten przez wybrany *ad hoc* komitet, następnie przez Radę Zawiadowczą i i Walne Zgromadzenie w r. 1880 za nieodpowiedni naszym stosunkom uznany został. Po odczytaniu powodów odrzucenia tego wniosku wyłuszczonych w sprawozdaniu z tego posiedzenia większość członków na posiedzeniu sekcyi zebranych oświadczyła się za têm, że odrzucenie tego wniosku nie jest dostatecznie uzasadnioném, że zatém należałoby sprawę tę jeszcze raz poruszyć. Przewodniczący oświadcza, że wypada, aby kol. Temple na przyszłém posiedzeniu sformułowane i opracowane wnioski przedłożył, a tymczasem może i inne sekcyje w poruszonéj kwestyi głos zabiorą. — Na wniosek kol. Krzyształowicza zgodzono się, aby przyszłe zebranie w miesiącu kwietniu b. r. odbyło się w Dolinie.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie I. administracyjne z dnia 5 stycznia 1881.

Przewodniczący: kol. Warschauer. Członków obecnych 34 i jako gość Dr. Tonner.

1) Po odczytaniu i przyjęciu protokółu z ostatniego posiedzenia prezes Towarzystwa kol. Warschauer przemówił jak następuje:

Szanowni Koledzy! Pietnaście lat minęło od czasu zawiązania naszego Towarzystwa. Towarzystwo nasze jak każde dzieło, ludzką ręką wzniesione, przechodziło rozmaite koleje, już to powolniejszém, już to szybszém tętniało życiem.

Wierne swojemu zadaniu Towarzystwo nasze starało się być spojnią łączącą lekarzy starszych z młodszymi, przestrzegało również zachowania godności stanu lekarskiego. Godłem naszego Towarzystwa było i jest, mieć zwróconą uwagę na postęp i rozwój nauki, a jakkolwiek nie wszystkie prace nasze naukowe zdołały posuwać naprzód naukę, to jednak zawsze staraniem naszém było iść za postępem.

Na dzisiejszém dorocznéem posiedzeniu administracyjném Zarząd Towarzystwa ma obowiązek przedstawić Szanownemu Zgromadzeniu obrachunek z naszych całorocznych czynności, jakoż niebawem będą Wam odczytane sprawozdania dotyczące, z których poweźmiecie Panowie należyty obraz naszych czynności pod względem naukowym, administracyjnym i finansowym.

Przy téj sposobności wspomnnieć mi wypada o fakcie wielkiéj wagi, fakcie, który został wykonany w ubiegłym roku, a który że doszedł do skutku, mamy do zawdzięczenia szan. protomedykowi Drowi Biesiadeckiemu i koledze naszemu szan. prof. Domańskiemu. Im to zawdzięczamy, że po licznych rokowaniach nastąpiło połączenie obu Towarzystw, to jest naszego z Tow. lekarskiém galic., co do zaopatrzenia wdów i sierót po zmarłych kolegach, mimo to jednak zachowaliśmy nietkniętą naszą samodzielność pod względem naukowym, a Przegląd Lekarski mimo to, że się stał organem obu Towarzystw, nie przestał być naszą wyłączną własnością.

Cieszę się, że za mojego przewodnictwa zespolenie przerzeczone stało się faktem dokonanym, bo jedność wzmocniła jeszcze bardziéj węzeł koleżeński obu Towarzystw do jednego zmierzających celu!

Po sprawozdaniach Komisyja statutowa przedstawi Panom wnioski co do zmiany statutu naszego, która okazała się potrzebną jako następstwo połączenia się obu Towarzystw, a potém przystąpicie Panowie do wyboru zarządu Towarzystwa na rok bieżący. Jeśli kiedy to w tym roku czekają zarząd nie małe prace, gdyż w murach naszego grodu ma się odbyć Zjazd przyrodników i lekarzy w miesiącu lipcu, który ma być połączony z uroczystym obchodem jubileuszowym doktorskim Męża wielkich zasług na polu nauki i wychowania, Członka honorowego naszego Towarzystwa, wysłużonego Profesora Uniwersytetu Jagiellońskiego, Prezesa Akademii Nauk i Umiejętności pana Dra Józefa Majera.

A teraz pozwólcie Szanowni Koledzy, że złożę w Wasze ręce godność, do któréj przed rokiem Waszém zaufaniem powołany zostałem, i którą przez cały rok piastowałem, a jeśli mi się udało wywiązać się z obowiązków mi poruczonych, to zawdzięczam to głównie tak Szan. Członkom zarządu, jako téż i Szan. Zgromadzeniu, które mnie swą chętną i życzliwą pomocą wspierać raczyło, bo bez niéj wszelkie moje usiłowania byłyby płonnemi!

2) Nastąpiły sprawozdania za rok ubiegły a mianowicie sprawozdanie ogólne odczytał sekretarz stały kol. Zarewicz; sprawozdanie z czynności naukowych, ułożone przez sekretarza dorocznego kol. Wasylewskiego, odczytał kol. Rosner; sprawozdanie kasowe podskarbi kol. Obaliński; sprawozdanie Komisyi balneolog. jéj przewodniczący kol. Ściborowski; a następnie kol. Janikowski podał wiadomość o stanie biblijoteki Towarzystwa o czynnościach Komisyi terminologicznéj i o czynnościach Komisyi sanitarnéj miejskiéj; wreszcie kol. Rybczyński odczytał sprawozdanie redakcyi Przeglądu Lekarskiego. Wymienione sprawozdania przyjęto bez dyskusyi.

3) Odczytano i przyjęto projekt zmiany statutu Towarzystwa lekarskiego krak. przedstawiony przez Dra Rosnera w imieniu Komisyi statutowéj.

4) Nastąpiły wybory urzędników Towarzystwa na rok bieżący, a mianowicie obrano prezesem Towarzystwa: kol. Jordana, wiceprezesem kol. Domańskiego, sekretarzem dorocznym kol. Balickiego, Redaktorem Przeglądu Lekarskiego kol. Blumenstoka; członkami zaś Komisyi redakcyjnéj obrano koll. Oettingera, Pareńskiego, Rydla i Wasylewskiego. Delegatami do Rady zawiadowczéj Tow. lek. galic. wybrano: Drów Krówczyńskiego i Szeparowicza we Lwowie, a tychże samych obrano delegatami na Walne Zgromadzenie Tow. lek. gal., zastępcą zaś delegata kol. Merunowicza we Lwowie. Delegatem do Komisyi sanitarnéj m. Krakowa wybrano ponownie kol. Janikowskiego.

5) Odczytano zawiadomienie, iż Rada zawiadowcza Tow. lek. galic. wybrała członkami Komisyi redakcyjnéj Doc. Grabowskiego i Dr. Kwaśnickiego.

6) Upoważniono Komitet Towarzystwa do złożenia życzeń Prof. Drowi Józefowi Majerowi z powodu 50-cioletn. jubileuszu doktorskiego w dniu 12 stycznia b. r. przypadającego.

W zastępstwie sekretarza *Dr. Rosner*.

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak.

Posiedzenie VII z dnia 13 grudnia 1880.

Przewodniczący Dr. Ściborowski. Członków obecnych 13.

1) Przewodniczący powitał kollegów zgromadzonych po raz pierwszy po feryach, a w szczególności nowych członków komisyi Drów Kułakowskiego i Marsa.

2) Przewodniczący zawiadomiwszy, że Dr. Smoleński, który od kwietnia r. 1879 z wzorową gorliwością pełnił obowiązki Sekretarza Komisyi, opuścił Kraków, przenosząc się do Fürstenhofu w Styryi, wezwał zgromadzonych do wyboru Sekretarza. Wybranym został Dr. Stanisław Ponikło, asystent kliniki lekarskiéj.

3) Przewodniczący zawiadomił o wystawie balneologicznéj współnarodowéj, mającéj się odbyć w r. 1881 (od maja do końca października) w Frankfurcie nad Menem. Postarawszy się o potrzebną ilość formularzy do zgłoszenia się ze strony zakładów zdrojowych, mających zamiar wziąść udział w wystawie, rozesłał takowe do celniejszych zakładów zdrojowych galicyjskich,

a mianowicie do Krynicy, Szczawnicy, Iwonicza, Lubienia, Truskawca, Żegiestowa, Rabki i Morszyna. Trzy z tych zdrojowisk mianowicie Krynica, Szczawnica i Rabka zgłosiły się z chęcią wzięcia udziału w wystawie, inne wcale nie odpowiedziały na wezwanie.

4) Przewodniczący odczytał list prof. Chałubińskiego z Warszawy, w którym tenże przedstawiając niedogodności wynikające z braku lekarza w Zakopaném podczas pory letniéj, udaje się do Komisyi balneologicznéj, aby zachęciła którego z młodszych lekarzy do zamieszkania w Zakopaném przez miesiące letnie lipiec i sierpień, kiedy znaczna liczba osób bawiących tamże na letniém pomieszkaniu dałaby sposobność zajęcia z odpowiedniém wynagrodzeniem dla lekarza. Byłoby to nader pożądaném w obec starań Tow. tatrzańskiego o uznanie Zakopanego za uzdrowisko klimatyczne. Kol. prof. Alth dodaje, że w r. b. przy znacznym zjeździe gości brak lekarza dotkliwie czuć się dawał.

5) Przewodniczący przypomina podkomisyjom, wybranym z łona Kom. balneologicznéj, które dotychczas sprawozdań nie złożyły, aby zechciały zadaniu swemu w jak najkrótszym czasie zadość uczynić. Kol. Lutostański wnosi, aby komisyję mającą się zająć sprawą duru brzusznego w Krynicy, jako nie mającą obecnie celu, uważać za rozwiązaną. Wniosek ten przyjęto.

6) Przewodniczący przedstawiając potrzebę utworzenia na Zjeździe przyrodników i lekarzy, mającym się odbyć w Krakowie we wrześniu 1881, osobnéj sekcyi balneologicznéj, w któréj oprócz lekarzy wzięliby udział właściciele i administratorowie zakładów zdrojowych, uważa za właściwe wybrać z łona Komisyi baln. podkomisyję, któraby się bliżéj zastanowiła nad kwestyjami dotyczącemi zdrojowisk, mającemi przyjść pod obrady, oraz nad możliwością urządzenia wystawy balneologicznéj. Kol. prof. Alth nadmienia, że rzecz ta już była poruszoną na posiedzeniu komitetu zjazdowego, i odpowiednie kroki niebawem zostaną poczynione. Kol. Lutostański uważa za odpowiedniéjsze sprawę tę pozostawić tymczasowo komitetowi zjazdu. Kol. prof. Domański popiera wniosek przewodniczącego, utrzymując, że jakkolwiek Komisyja balneologiczna musi się zastósować do uchwał zarządu zjazdowego, wszelako winna wziąść inicyjatywę w téj sprawie. Wniosek przewodniczącego poparty przez kol. Domańskiego przyjęto, do podkomisyi wybrani prócz kol. przewodniczącego kol. Domański, Kopernicki, Korczyński i Ponikło.

7) Kol. prof. Olszewski odczytał Wiadomość o rozbiorze chemicznym borowiny tylickiej, oraz wody z Tylicza, dokonanych przez p. Krzyżanowskiego, asystenta chemii. Rzecz ta daje się streścić w sposób następujący.

(Dokończenie nastąpi).

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu 1 (do 1 stycznia) ospa w Londynie znowu się bardziéj rozszerzyła. Leczyło się w szpitalach 468, świeżo zapadło 146, umarło 17. W Paryżu umarło 14, w Wiedniu 13, w Maladze 6, w Budapeszcie 5, w Madrycie od 8—14 listopada 22, w Filadelfii od 28 listopada do 4 grudnia 32. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 5, w Madrycie od 8—15 listopada 12. Błonica panuje jeszcze nagminnie w Nowym Yorku i Brooklynie, w Filadelfii, Chicago. W Rio de Janeiro umarło od 1—15 listopada 4 osóby z febry żółtéj. W tygodniu 2 (do 8 stycznia) umarło: 3 z ospy, 3 z płonicy, 4 z błonicy, 1 z krztuśca, 2 z duru brzusznego, 1 z róży, a doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku ospy, 6 odry, 2 płonicy, 2 błonicy, 1 duru osutkowego.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 1 (do 1 stycznia) umarło na 1000 mieszkańców i na rok w Krakowie 27,7; we Lwowie 34,3; w Wiedniu 26,3; w Budapeszcie 22,7; w Pradze 33,9; w Tryjeście 34,0; w Berlinie 21,6; w Wrocławiu 25,6; w Gdańsku 26,6; w Dreźnie 22,9; w Lipsku 19,4; w Brukseli 21,4; w Amsterdamie 18,1; w Hadze 24,0; w Paryżu 24,8; w Londynie 23,5; w Kopenhadze 24,1; w Stokholmie 32,5; w Chrystyjanii 16,0; w Petersburgu 39,2; w Odesie 30,4; w Wenecyi 25,5; w Bukareszcie 29,9; w Madrycie 39,5; w Aleksandryi 41,9; w Nowym Yorku 29,4; w Bombayu 29,5; w Madrasie 38,9. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 27 stycznia. Wydział lekarski tutejszy niezadługo wzbogaci się kilku nowemi siłami. Na ostatniém posiedzeniu wydziału po uczynieniu zadosyć wszystkim wymogom prawnym otrzymali *veniam legendi* jako docenci prywatni położnictwa dwaj uczniowie prof. Madurowicza, a mianowicie dawniejszy jego asystent, Dr. Henryk Jordan, autor dzieła o akuszeryi dla położnych oraz dzieła, którego część właśnie prasę opuściła, zaszczycony niedawno wyborem na prezesa naszego, Towarzystwa lekarskiego oraz Dr. Antoni Mars, obecny asystent kliniki położniczéj. Potwierdzenie ze strony ministerstwa oświaty zapewne wnet nastąpi, tak że obaj docenci w półroczu przyszłém będą mogli rozpocząć swe wykłady.

* Dowiadujemy się z tygodników warszawskich, że na posiedzeniu Towarzystwa lekar. warszaw., w d. 18 b. m. odbytém, prezes Hoyer odczytał list prezesa Majera z Krakowa, w którym szan. Jubilat dziękuje za życzenia najdawniejszego z pomiędzy polskich Towarzystw lekarskich. Następnie Komisyja złożona z Drów Fritschego, Markiewicza i Mayzla zdała sprawę z jedynéj pracy, nadesłanéj na konkurs imienia śp. prof. Chojnowskiego na temat „z dziedziny higijeny Warszawy lub innego miasta polskiego". Treść pracy nadesłanéj stanowi kwestyja zaopatrzenia Krakowa w wodę p. t. „Wodociągi krakowskie". Sprawozdawca Komisyi Dr. Markiewicz oświadczył się za przyznaniem nagrody autorowi téj pracy. Towarzystwo jednogłośnie zgodziło się na ten wniosek, a po otwarciu koperty okazało się, że autorem pracy uwieńczonéj nagrodą 150 rubli jest Dr. Bolesław Lutostański z Krakowa.

Możemy tylko wyrazić radość swoją, że praca Dr. Lutostańskiego uzyskała uznanie znawców, ponieważ uznanie to może przyczynić się do posunięcia naprzód sprawy wodociągowéj w Krakowie, do któréj niebawem powrócimy.

* Wyszła właśnie 1sza połowa I tomu dzieła zbiorowego o medycynie sądowéj, wychodzącego pod redakcyją prof. Maschki w Pradze a nakładem Lauppa w Tübindze. Połowę 1szą tomu I, składającą się z 30 arkuszy druku, opracowali: docent Dr. Janovsky w Pradze, tajny radca lek. Dr. Eulenberg i docent Dr. Trautmann w Berlinie, proff. Weil, Hasner w Pradze i Blumenstok w Krakowie; mieści ona w sobie historyję medycyny sądowéj, rzecz o badaniu i orzekaniu sądowolekarskiém i obrażenia cielesne, w szczególności ócz i uszu. Ocenę dzieła tego podamy późniéj.

* Były profesor anatomii opisowéj w Pradze, Dr. Bochdalek, od 10 lat w Lutomierzycach na emeryturze pozostający, obchodzi temi dniami urodziny swoje 80te.

* **Mianowania i odznaczenia.** Rodak nasz prof. botaniki Dr. Strasburger w Jenie powołany został do Bonny. — Prof. Böhm w Dorpacie powołany został do Marburga. — W miejsce prof. Kehrera proponowani są na katedrę ginekologii w Giessen: Ahlfeld, Kaltenbach i Runge. — Kierownictwo oddziału chirurg. szpitala żydowskiego w Berlinie po ustępującym z téj posady prof. Langenbecku objął Dr. Jakób Israel. — Prof. anatomii patolog. w Zürychu Eberth powołany został do Hali, a na jego miejsce proponowani prof. Weigert i Ziegler.— Dr. Moczutkowski z Odesy wybrany został docentem prywatnym kliniki chorób wewnętrznych w Petersburgu.

* **Wiadomości osobowe.** Dyplom doktorów w. n. lek. w Uniw. Jag. otrzymali pp. Samuel Aronsohn i Ferdynand Eichhorn, obaj rodem z Krakowa.

* **Nekrologija.** D. 25 b. m. umarł w Warszawie Dr. Teodor Tripplin, znany w swoim czasie i ulubiony pisarz i podróżnik. Liczne jego powieści i opisy podróży doczekały się 5ciu wydań, a niektóre z nich nawet na obce języki były tłumaczone. T. urodził się w r. 1813 w Kaliszu, gdzie pobierał nauki, potém wstąpił do wojska polskiego, a po r. 1831 jako były oficer zaczął dopiero uczęszczać w Królewcu na medycynę, tamże uzyskał stopień doktora, a wr. 1840 i w Montpellier, jako lekarz odbył wyprawę wojenną w Hiszpanii, we Włoszech pod Garibal-

dim, i w Czarnogórze przeciw Turkom. Od r. 1876 bawił ciągle w w Warszawie, gdzie też umarł prawie zapomniany. Wartałoby, aby ktoś napisał dokładny życiorys nieboszczyka.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W Gazecie lekarskiéj Nr. 4: Przewóskiego: *Gynaekomastia*; Z. Kramsztyka: Ciało obce w oczodole; Matlakowskiego: Obecne stanowisko metody Listerowskiéj (c. d.); w *Medycynie* Nr. 4: Z. Kramsztyka: O paralitycznym wrzodzie rogówki.

Redakcyja otrzymała:

Dziennik ustaw i rozporządzeń krajowych dla królestwa Galicyi i Lodomeryi wraz z W. X. krakowskiem. Rok. 1881 Nr. 1—20.

Piśmiennictwo lekarskie. FRAGE, die, der Curpfuscherei in der Berliner Medicinischen Gesellschaft. Hrsg. v. Dr. Paul Boerner. gr. 8. Kassel, Fischer. M 1 50.

FRÖHLICH H. Bestimmungen üb. die Militär-Dienstpflicht der Aerzte u. Medicin-Studirenden. 16. Kassel Fischer. M. 0,40.

GUIBAL B. Du spasme uréthral. 8. Paris J. B. Baillière et fils. Fr. 3.

GUTTMANN P. Lehrbuch d. klin. Untersuchungs Methoden f. d. Brust u. Unterleibsorgane. 4 Aufl. gr. 8. Berlin, Hirschwald.

HAESER H. Lehrbuch der Geschichte der Medicin u. der epidemischen Krankheiten. 3 Aufl 2 Bd. 7. Lfg. gr. 8. Jena, Fischer. M. 3.

HOUZE A. Nouvelle méthode de la cure radicale de l'hydrocèle Av. 1 pl. 8. Paris, J. B. Baillière et fils. Fr. 3.

JARISCH Adf. Ueber die Coincidenz v. Erkrankungen der Haut u. der grauen Achse d. Rückenmarkes. Mit 3 Tfln. Lex. 8. Wien, (Gerold's Sohn). M. 1.40

KOCKS J. Die normale u. pathologische Lage u. Gestalt d. Uterus. sowie deren Mechanik, Mit 6 Tfln. u. e. Holzschn. Lex. 8. Bonn, Cohen et Sohn. M. 5.

KRATTER Jul. Die Organisation der öffentlichen Gesundheitspflege u. die Sterblichkeit in Oesterreich. Mit e. Taf. gr. 8. Graz, Leuschner et Lubensky. M. 1.40

MARVAUD A. La phthisie dans l'armee. 8. Paris, J. B. Baillière et fils. Fr. 2½.

Mittheilungen des Vereines der Aerzte in Steiermark. XVI. Vereins. 1879. 1879. Red. v. J. Kratter, R. Klemensiewicz u. F. Müller. Mit 3 Taf. gr. 8. Graz, Leuschner u. Lubensky. M. 3.

NOWAK Jos. Lehrbuch der Hygiene. Mit 175 Abbildgn. 6 Lfg. gr. 8. Wien, Toeplitz und Deutike. M. 2.

PFLUGER. Augenklinik in Bern. Bericht üb. d. J. 1879. gr. 8 Bern. Dalp. M. 1.20.

Provinzial-Irren- Blinden u. Taubstummen Anstalten. die, der Rheinprovinz. Mit 48 Holzschn. gr. 4. Düsseldorf, Voss et Co. M. 6.

Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde. Hrsg. v. Alb. Eulenburg. Mit zahlreichen Illustr. in Holzschn. 21—32. Hft. Lex.-8. Wien, Urban et Schwarzenberg. à M. 1. 50.

REHMANN, R., Schema zur forensischen Obduction. Mit in den Text eingedr. Holzschn. 8. Braunschweig, Vieweg et Sohn. M. — 80.

RUSSELL, E. G., Malaria, its Cause and Effects: Malaria and the Spleen. 8. Thacker, Spink and Co. (Calcutta). Thacker sh. 16.

SARRADE, H., Sur certaines formes rares de paralysie du plexus brachial. 8. Paris, J. B. Baillière et fils. Fr. 1½.

Sitzungsberichte d. Naturforscher-Gesellschaft bei der Univers. Dorpat, red v. G. Dragendorff. 5. Bd. 2 Hft. gr. 8. Dorpat. Leipzig, K. F. Köhler. M. 2.

STAPFER, De l'hydrorrhée pendant la grossesse. 8. Paris, H. Lauwereyns. Fr. 3.

WERNICH A., Grundriss der Desinfectionslehre. Mit 15 in den Text gedr. Illustr. gr. 8. Wien, Urban et Schwarzenberg. M. 6.

WOLFFBERG, S., Die Impfung u. ihr neuester Gegner. gr. 8. Bonn, Cohen et Sohn. M. 1.

ZORN, E., Die Anomalien der Milch. gr. 8. Jena, Dege et Haenel. M. 1. 50.

ZUBER, C., Une Mission médicale en Russie. La Peste du gouvernement d'Astrakan en 1878—1879. 8. Paris, Baillière et fils. Fr. 2½.

Zur Aetiologie der Infectionskrankheiten m. besond. Berücksicht. der Pilztheorie. Vorträge. I. Hälfte (m. 3 Abbildgn. im Texte). gr. 8 München, J. A. Finsterlin. M. 4.

Towarzystwo lek. krak. odbędzie w Czwartek t. j. dnia 3 lutego o godzinie 5téj w sali kliniki okulistycznéj zwyczajne posiedzenie. na którém: 1) kol. Dr. Obaliński okaże ciekawy przypadek ze swego oddziału, 2) kol. Dr. Jan Rosner okaże ciekawy przypadek z oddziału Doc. Dra Pareńskiego, 3) kol. Dr. Pieniążek mówić będzie „o duszności", wreszcie 4) kol. Dr. Jordan poda kilka uwag z powodu szerzących się chorób połogowych pomiędzy ludnością żydowską.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

WOJCIECH OCZKO

(urodz. 1545 r. zmarł 1600 r.)

PRZYMIOT.

Wydanie I w Krakowie, w drukarni Łazarzowéj, roku Pańskiego 1581.
Wydanie II w Warszawie r. 1881, nakładem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

W lat trzysta od chwili gdy dzieło Oczki wyszło po raz pierwszy z drukarni Łazarzowéj w Krakowie, staraniem Towarzystwa lekarskiego w Warszawie pojawi się jego przedruk, na który niniejszém uwagę polskich lekarzy zwracamy.

Nie potrzebujemy Szanownym Kolegom przypominać, że dzieło Oczki jest prawdziwym pomnikiem dawnéj medycyny polskiéj, świadectwem wysokiéj umiejętności naszych lekarzy XVI wieku i nieprzebranym skarbem dla badań ojczystego języka lekarskiego.

Śmiało powiedzieć można że **„Przymiot"** jest najznakomitszém dziełem polskiém lekarskiém z XVI w. A wartość tego pięknego dzieła niezmiernie podnosi wzorowa polszczyzna i miłość autora dla niéj.

Dzieło Oczki dziś rzadko komu jest dostępne, gdyż zaledwie kilkanaście egzemplarzy znajduje się na całym świecie i dla tego mało dotychczas jest ono znane, a prawie wcale jeszcze nieocenione. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podjąwszy nakład przedruku, pragnie w trzechsetną rocznicę wydania **„Przymiotu"** uczcić znakomitego pisarza i medyka polskiego.

I dziś po 300 latach stanie się zadosyć gorącym życzeniom dzielnego lekarza polskiego, który w przedmowie do swego dzieła pisze: „Ja iżem w tym przymiocie nie szukał niczego inszego, jedno dobra pospolitego, ojczyźnie jako być mogło najlepiéj i najpilniéj w tym służąc, tym podobno podziękowania i wdzięczności więtszéj od ciebie będę godzien . . . ."

Niewątpimy, że Szan. Kolledzy zrozumieją pobudki i cel naszego wydawnictwa i że zechcą czynnie je poprzeć.

Polecamy dzieło Oczki wszystkim miłośnikom dziejów naszéj oświaty i naszego języka.

Przedruk dzieła **„Przymiot"** dokonywa się z największą ścisłością podług egzemplarza będącego własnością biblijoteki Uniwersytetu Warszawskiego.

Do tego dołączonym będzie przedruk drugiego małego dziełka **O cieplicach**, wydanego w roku 1578.

Rzecz całą poprzedzi życiorys Oczki i ocenienie jego stanowiska naukowego napisane przez *E. Klinka*; studyjum nad językiem dzieła będzie pióra jednego z lingwistów. Do dzieła załączone będzie *fac-simile* własnoręcznego listu Oczki i *rysunek* pięknego pomnika marmurowego, wystawionego mu przez synowca w kościele kks. Bernadynów w Lublinie. Karta tytułowa i przedmowa do dzieła oddane będą homograficznie. Całe dzieło obejmować będzie mniéj więcéj 40 arkuszy druku formy największej ósemki a ukończone zostanie w Kwietniu r. b. Niewielka liczba egzemplarzy odbitych będzie na papierze welinowym.

Nad wykonaniem całego wydawnictwa czuwa osobny komitet z łona Towarzystwa lekarskiego wyznaczony.

Warunki prenumeraty.

Cena egzemplarza na *papierze zwyczajnym* wraz z przesyłką **3 rs.**; w Austryi **4 złr**; w Cesarstwie niemieckiém **7 mrk.**

Cena egzemplarza na *pap. welinowym* wraz z przesyłką **4 rs.**; w Austryi **5 złr.**; w Cesarstwie niemieckiém **9 mrk.**

Prenumeratę przyjmują redakcyje wszystkich pism lekarskich polskich w Warszawie wychodzących; wszystkie księgarnie i ajentury spółki kolportacyjnéj. **W Austryi prenumeratę pzyjmuje Administracyja Przeglądu Lekarskiego.**

SKŁAD GŁÓWNY w redakcyi **Pamiętnika Towarz. Lekars. Warszaws.** (Chmielna 11).

Po wyjściu dzieła z druku, cena znacznie podwyższoną zostanie.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj pół tora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Ulica Podwale Nr. 84.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Boulv. Voltaire 180, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia op. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 5 lutego 1881. **№ 6.** Rok XX.

I. Kazuistyka sądowolekarska.

Sprawozdanie z ważniejszych przypadków

podał prof. Dr. **Blumenstok.**

IX. Katastrofa w kopalni.

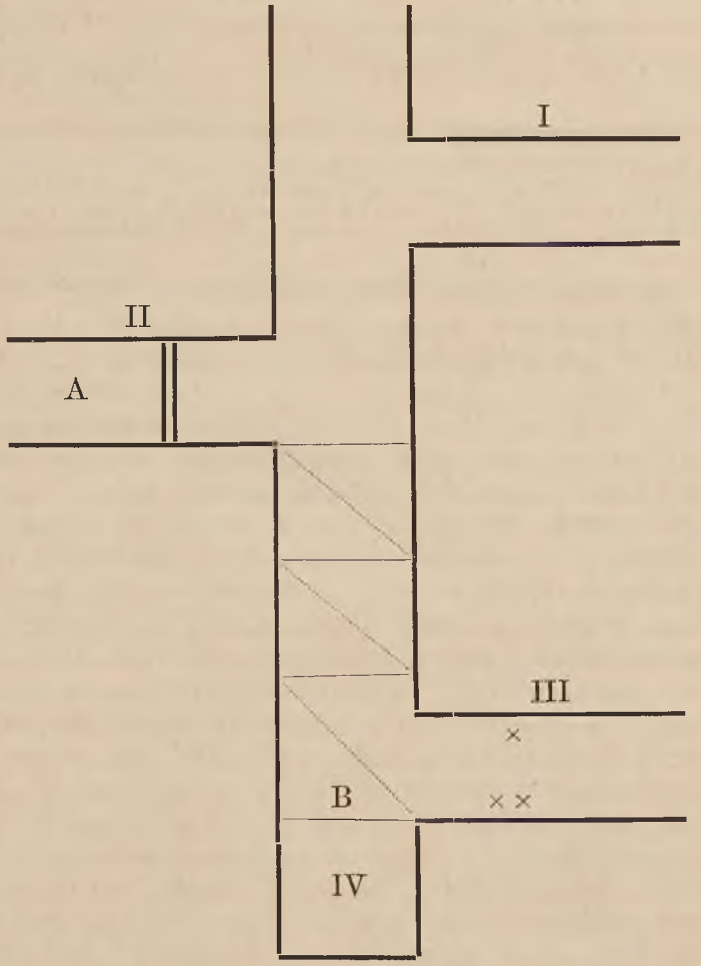
W rozprawie prof. Hirta p. t. „*Gas-Inhalationskrankheiten*“ (w dziele zbiorowém Ziemssena I, wyd. 1sze Lipsk 1874) znajdujemy (na str. 437) następującą uwagę: „*In dem nicht unbedeutenden Werke Swoszowice (bei Krakau) sind Todesfälle in Folge des inhalirten Gases* (H_2 S) *noch nicht beobachtet worden, doch kommen leichte Intoxicationen (oft mit langdauernden Ophthalmien verbunden) ausserordentlich häufig vor*“. Autor nie podaje, zkąd czerpał tę wiadomość, która zresztą dla mnie była dosyć obojętną wtedy, gdy ją po raz pierwszy przeczytałem.

Smutny przypadek atoli zrządził, że uwaga ta przypomnieć mi się musiała w kilka tygodni późniéj, gdy z powodu katastrofy zaszłéj w Swoszowicach z polecenia tutejszego Sądu udać się musiałem na miejsce, celem sprawdzenia przyczyny śmierci 5 silnych i w kwiecie wieku zmarłych robotników.

Doniesienie przełożonego kopalni opiewało mniéj więcéj jak następuje: „D. 23 maja 1874 r. o godz. 8 wieczorem sześciu robotników wjechało do szybu Rudolfa, a mianowicie: Stanislaw T., Piotr L., Karol i Franciszek M., Karol Bł. i Antoni P. Jak zazwyczaj tak i tym razem w horyzoncie II (zob. na szkicu *A*) zastanowili dopływającą wodę siarczaną, aby módz pracować swobodnie w horyzontach głębszych. D. 24 maja o godzinie 3 z rana zarządca kopalni zawiadomiony został, że pięciu robotników w szybie zmarło z uduszenia. Zarządca udał się natychmiast na miejsce i znalazł wszystkich pięciu bez życia, leżących w horyzoncie III, w miejscach w szkicu (× ×) oznaczonych. Na powale znajdował się kaganiec palący się jasno (×). Ponieważ zmarli już pokryci byli wodą, a śmierć ich przed godziną nastąpić musiała, o ocuceniu ich już mowy być nie mogło, i dlatego ograniczono się do wydobycia zwłok. Robotnik Stanisław T., który ocalał, podał co następuje: Właśnie byliśmy zajęci robotą w horyzoncie III, gdy nagle spuściła się woda z horyzontu II, a wydobywający się z niéj gaz kwasu siarkowodowego groził uduszeniem nas. Zdjęty wielkim strachem pobiegłem zaraz do drutu sygnałowego i zacząłem dzwonić, lecz drut zaraz się urwał. Franciszek M. zawołał: „spuścić skrzynię“ i ja za nim wołałem. Widząc, że towarzysze moi są osłupiali ze strachu, ja sam rzuciwszy kaganiec pobiegłem do szybu i nie widząc drabin dla ciemności po sprysach zalazłem na horyzont II; tam odpocząłem, czując, że wody są podemną; niebawem jednak zalazłem do horyzontu I, wołając ciągle, aby skrzynię spuszczono. — Jako przyczynę nieszczęścia uważać należy przedewszystkiém przedarcie się wody w horyzoncie II. Przez spadnięcie téj wody do bagna IV gazy trujące zostały wyparte i sprowadziły śmierć, która jednak nie nastąpiła natychmiast, bo ją poprzedza szum w uszach i duszność. Drugą przyczyną nieszczęścia jest zagadkowe pozostanie robotników w horyzoncie III, chociaż oni tak samo jak Stanisław T. mogli mieć dosyć czasu, aby po schodach lub drabinach dostać się na górę. Ocalenie ich było możebném, gdyby choć byli uciekli do miejsca *B* o jeden sążeń odległego, ponieważ gazy trujące w bagnie się gromadzą, podczas gdy w szybie przez wodę spadającą poruszają się. Najlepszym dowodem możebności ratunku jest właśnie ocalenie się Stanisława T., który po schodach wydostał się na górę śród ściekającéj wody; to téż przy wyjściu był on mocno zmoczony. Przerwanie tamy w horyzoncie II mogło nastąpić, albo z powodu, że robotnicy tamę tę źle założyli, albo z powodu, że ktoś przez nieostrożność lub w złym zamiarze tamę tę otworzył. Stanisław T. podaje nadto: W dzień poprzedzający katastrofę spostrzegliśmy około godziny 5téj z rana, że z horyzontu II zaczyna się spuszczać woda, i że powietrze nas dusi. Robotnicy osłabieni ratowali się. Następnéj nocy, gdy woda z szybu była wyciągniętą, a tama zatkaną, spuściło się sześciu robotników z latarkami do horyzontu III i kopali. Ale po pewnym upływie czasu z powodu bólu ócz wyszli wszyscy na górę, poczém znów wrócili i pracowali daléj. Około godziny 2giéj w nocy zaczęła się woda spu-

szczać całym szybem; wtedy Karol M. odezwał się: „Bójcie się Boga co będziemy robić“ i zaczął wołać, aby skrzynię spuścili; ja zaś poszedłem do drutu i zacząłem dzwonić, przyczém drut się urwał, choć tylko raz pociągnąłem. Karol M., chociaż mu powiedziałem, że drut się urwał, nic sobie z tego nie robił, kopał daléj z drugimi, ja zaś nie czekałem, tylko zaraz po sprysach nie widząc drabiny, gdyż się lało, bez latarki wlazłem na górę i powiedziałem maszyniście, aby spuścił skrzynię. Tenże spuścił się natychmiast, lecz skrzynia zatrzymała się na horyzoncie II, a gdy nareszcie dostał się na dół, widział, że horyzont III jest zalany wodą, a robotnicy już więcéj się nie odezwali.

Szyb Rudolfa



D. 25 maja Komisyja sądowa zeszła po szesnastu drabinach do horyzontu I suchego, po dalszych sześciu drabinach do horyzontu II, gdzie zastała wodę siarczaną sączącą się i spływającą przez te otwory, któremi po trzech drabinach schodzi się do horyzontu III; drut w wysokości ponad powałą horyzontu III znalazła urwany.

Urząd górniczy tymczasem prowadził śledztwo, z którego wynika, że dwaj robotnicy, owéj nocy czuwający przy wchodzie po szybu, słyszeli z góry dzwonienie i wołanie o spuszczanie skrzyni; trzeci obudzony między godz. $2^1/_2$ a 3 z rana z wiadomością o nieszczęściu spuścił się zaraz na dół z urzędnikiem, jeszcze przed nimi spuścił się był na dół inny górnik i widział w horyzoncie III wodę na 2 stopy wysoko, a z niéj plecami sterczące 3 trupy. Wreszcie ów urzędnik, który około godziny 3 z rana, jak wyżéj wspomniono, spuścił się na dół, podał, że ponieważ maszyna ciągle pompowała, zastał w horyzoncie III wodę tylko na $^1/_2$ stopy wysoką, a lampkę górniczą jeszcze palącą się. Na mocy tego dochodzenia urząd górniczy oświadczył, że nieszczęście wywołaném zostało gwałtownym spadem wody napełnionéj gazem kwasu siarkowodowego, i że trudno jest osądzić, kto lub co katastrofę tę wywołał.

D. 26 maja przystąpiłem razem z kol. Dr. Zarębą i przy pomocy kand. med. E. Neussera do oględzin sądowolekarskich. W grubarni miejscowéj zastaliśmy pięć trumien, w których w ubiorach górniczych każdy zwłoki pięciu mężczyzn silnych, w kwiecie wieku będących. Sekcyje wykazały:

I. Piotr L. lat 40 liczący. Stężenie trupie w odnogach dolnych, plamy pośmiertne głównie na twarzy i na karku ciemnobrunatne, na grzbiecie i na bokach mało widoczne, gałki oczne nieco wiotkie, rogówki mętne, źrenice nieco nad miarę rozszerzone; w lewym przegubie łokciowym ranka od upustu krwi. W czaszce krew płynna ciemno-wiśniowa, rozlana na desce białéj w grubszych warstwach podobna do syropu wiśniowego, w cieńszych jaśniejsza; na oponie twardéj na wierzchołku mózgu wybroczyna wielkości talara, naczynia miernie rozszerzone; w zatokach żylnych bardzo dużo krwi płynnéj ciemnéj, opony miękkie i mózgowie nie zbaczają; krtań i tchawica próżne, błona śluzowa ich brudno czerwona; płuca przy brzegach rozdęte, na rozkroju przepełnione krwią pienistą; mięsień sercowy stłuszczony, komórka lewa przerosła, zastawki nie zbaczają, w komórce prawéj nieco krwi płynnéj, ciemnéj; wątroba przepełniona krwią ciemno-czerwoną; śledziona nieco powiększona, torebka pomarszczona, miąższ na rozkroju ciemno-czerwony; żołądek zawiera resztki pokarmu; nerki, zwłaszcza lewa, mocno przekrwione, pęcherz moczowy zawiera do 3 uncyj płynu.

II. Karol M. lat 50 liczący. Stężenie w dolnych odnogach, plamy trupie brunatne zajmują twarz, kark i grzbiet; gałki oczne wiotkie, zęby ściśnięte, język za niemi, ręce i stopy nie wymoczone; powłoki czaszkowe od wewnątrz ciemnoczerwone; zresztą zewnętrznie jak u poprzedniego; opony mózgowe mało co przekrwione; zatoki żylne i mózgowe jak u pierwszego; krtań i tchawica również; krew z płuc obficie wydobywająca się ma barwę czekoladową; mięsień sercowy nieco stłuszczony, obie komórki całkiem próżne; wątroba i śledziona jak u pierwszego; żołądek próżny; nerki nieco przekrwione, pęcherz dosyć pełny.

III. Karol Pł. lat 20 liczący. Zewnętrznie jak u poprzedniego; powłoki czaszkowe i opony prawidłowe; w zatokach żylnych dużo krwi skrzepłéj, czarnéj; mózg i płuca jak u poprzedniego; w krtani i tchawicy trochę płynu pienistego, błona śluzowa czerwonawa; komórka prawa sercowa próżna, w lewéj nieco krwi płynnéj, ciemnéj; wątroba jak u poprzedniego, śledziona przekrwiona; żołądek zawiera dużo płynu bez woni osobliwéj; nerki dość mocno przekrwione, pęcherz moczowy jak u poprzedniego.

IV. Franciszek M. lat 40 liczący. Stężenie w dolnych odnogach, plamy trupie na twarzy, karku i grzbiecie brunatne, zresztą zewnętrznie jak u poprzedniego; powłoki czaszkowe i mózgowie prawidłowe, w zatokach żylnych dużo krwi jaśniejszéj od poprzednich, a tylko w grubszych warstwach ciemnéj; krtań i tchawica zawierają trochę płynu, błona śluzowa prawidłowa, płuca jak u poprzednich; serce nieco stłuszczone, obie komórki zawierają nieco krwi ciemnéj, płynnéj; śledziona powiększona; wątroba i nerki mocno przekrwione, pęcherz moczowy zawiera mało płynu; żołądek próżny, skurczony.

V. Antoni P. lat 30 liczący. Zewnętrznie jak u poprzedniego; opony mózgowe miernie przekrwione, mózg prawi-

dłowy, zatoki obfite w krew ciemną; krtań i tchawica próżne, błona śluzowa ich brudno czerwona; płuca przy brzegach mocno rozdęte, na przekroju wydają dużo płynu pienistego, białego; obie komórki sercowe próżne; wątroba i nerki miernie przekrwione, pęcherz próżny; śledziona nieco powiększona; żołądek zawiera dużo płynu brunatnego bezwonnego.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. O leczeniu padaczki.

Skreślił Dr. **Laskiewicz**,
Lekarz w Zakładzie kulparkowskim.

(Dokończenie. Patrz Nr. 4).

Leczenie jednak bromkiem potasu ma także swoje złe strony: 1) Środek ten wywołuje u niektórych osób objawy chorobowe w skutek przesycenia krwi tym lekiem, lub z powodu idyjosynkrazyi tych osób do bromu; 2) U chorych dotkniętych obłędem otrucia, lub cierpiących jadłowstręt, u dzieci kapryśnych, nieposłusznych, podawanie znacznej ilości słonego rozczynu przychodzi z wielką trudnością; 3) jest to lek drogi, więc mniej nadający się do użycia w większej ilości, w szpitalach publicznych i zakładach krajowych, w ogóle do leczenia ubogich.

Co do pierwszego widocznem jest, że u niektórych ludzi po niejakim czasie w skutek użycia, nawet nieznacznych dawek, bromku potasu, następują przedewszystkiem chorobowe objawy ze strony skóry, trądzik lub pojedyncze albo rozsiane czyraki, dochodzące nawet do dość znacznej wielkości. V o i s i n był jednym z pierwszych, który dokładnie opisał objawy te na skórze; opisał trądzik na twarzy, klatce piersiowej i plecach, i spostrzegał także i guzy sinawoczerwone, które się rozpadają, tworząc ropnie lub wrzody, czyraki, karbunkuły, nawet pokrzywkę i wyprysk. M i t c h e l l podobnież opisał objawy, spostrzegał także i większe guzy, N e u m a n n prócz tych objawów opisał także guziczki brodawkowate i bąbelki. Trądzik tylko z kosmetycznego względu jest objawem przykrym, jednak wszystkie inne rodzaje zmian skóry są nietylko przykre, ale szkodliwe, gdyż w skutek wrzodzenia odbierają chorym sen; większe czyraki nie pozwalają chorym leżeć i czasem zmuszają do użycia noża; operacyj zaś trzeba, o ile to jest możebnem, u padaczkowych unikać, gdyż często powstają napady padaczkowe w skutek podrażnienia różnych nerwów czuciowych. Pod tym względem jest ciekawem zjawisko, które spostrzegłem u osób chorych w tutejszym zakładzie: po użyciu bromku potasu występowały niekiedy natychmiast kurcze padaczkowe, jako objaw odruchowy powstały w skutek podrażnienia gałązek nerwów językopołykowego lub błędnego; napady te występowały częściej jeszcze u tychże chorych po użyciu atropinu, co łatwo daje się wytłumaczyć, uwzględniając szczególne działanie tego alkaloidu na nerwy czuciowe połyku i języka: krążący we krwi atropin wywołuje nieprzyjemne uczucie drapania, suchość w gardle, a okulistom jest wiadomem, że drapanie w gardle i suchość połyku następują, skoro, przy zakraplaniu większej ilości stężonego rozczynu atropinu do worka spojówki, część tegoż wzdłuż przewodu łzowonosowego i nosowego dostanie się do połyku.

Przeciwnicy bromku potasu nie radzą go używać z tego powodu, iż środek ten, jak wyżej wspomniałem, wywołuje po dłuższem użyciu znaczne zobojętnienie, apatyję, być może także i osłabienie, jakoteż i lekki stopień niedowładu; przeciwnicy tego leku przypisują mu także i to, że wywołuje otępienie, utratę pamięci i osłupienie, czego ja spostrzegając kilkadziesiąt przypadków przez parę lat ani sam nie widziałem, ani słyszałem z ust bardzo doświadczonych psychijatrów. Ogólne osłabienie i wychudnięcie daleko częściej i pewniej występuje po użyciu jodku, aniżeli bromku potasu. Wyżej opisane objawy depresyi, apatyi, smutny nastrój usposobienia i ospałość, wywołane bromkiem potasu, dają się łatwo i rychło usunąć, jeśli przez niejaki czas zmniejszy się dawka tego leku, lub go się wcale nie daje. Później, po ustąpieniu tych objawów, można znowu używać bromku potasu, albo przejść do użycia atropinu. Tak samo należy przerwać leczenie bromkiem potasu lub zamienić go na atropin, skoro wystąpią wyżej opisane zmiany chorobowe skóry. Wątpię bardzo, czy bromek potasu, choćby w większych dawkach przez dłuższy przeciąg czasu używany, jest w stanie wywołać istotne, trwałe ogłupienie. Ale to jest faktem nieomylnym, że padaczka, od dziecięctwa trwająca, a zwłaszcza padaczkowe napady częste i gwałtowne lub raczej owa sprawa chorobowa, która je wywołuje, najpewniej prowadzi do ogłupienia trwałego, na które nie ma środka; można tylko leczyć padaczkę, a leczyć ją musimy i nie ma lepszego i pewniejszego środka nad bromek potasu.

Szkodliwy wpływ większych dawek lub dłuższego używania bromku potasu na błonę śluzową połyku (jako nieżyt połyku) rzadko daje się obserwować, a taki wpływ na błonę śluzową żołądka wprawdzie niekiedy się zdarza, ale łatwo daje się usunąć.

W tych wszystkich przypadkach, w których, jak wyżej wspomnieliśmy, użycie bromku potasu jest przeciwwskazanem, jest wskazanem użyciu atropinu, i to najlepiej w następującej postaci: *Atropini sulfur.* 0.08
Spir. vini 20.0
M. D. S. według przepisu lekarza.

Atropin rozpuszcza się lepiej w wyskoku, jest dość przyjemny do użycia, tak, że dzieci dość chętnie go biorą; rozczyn taki musi być dobrze ochronionym od wyparowania wyskoku przez szczelne zatkanie; atropin osadza się w kryształkach ledwo dostrzegalnych i rozczyn słabo działa. Zaczyna się leczenie od podawania jednej kropli i w miarę częstości i gwałtowności napadów powiększa się ilość kropli do 10; największa dawka u dorosłych jest 12 kropel dziennie. Krople te można dawać bez wszelkiego dodatku, jako takie, lub w wodzie albo na cukrze, i to najlepiej z rana, bo w ciągu dnia można chorego obserwować, i ażeby objawy ostrego otrucia atropinem, dość często się zdarzające, nie zaskoczyły chorego w nocy. Godzinę po lub przed użyciem tego leku można dać śniadanie, składające się z mleka lub zupy; kawa, kakao lub herbata są przeciwwskazane, ponieważ alkaloidy znajdujące się w tych napojach zmniejszają działanie atropinu. Jeżeli u bardzo gwałtownych lub nieprzyjmujących pożywienia chorych, albo też u dzieci nie posłusznych, ogłupiałych, wewnętrzne wprowadzenie atropinu nie jest możebne, to zawsze ma ten lek tę dobrą zaletę, że może być podskórnie zastosowany. Nie mając sposobności robienia doświadczeń z takiemi wstrzykiwaniami, nie mogę nic o nich powiedzieć; zdawałoby mi się, że dla dorosłych największą jednorazową dawką byłyby 2 mgr., poleca się używać tylko $^{3}/_{10}$ do $^{5}/_{10}$ mgr., dzieciom tylko $^{1}/_{10}$ mgr. najwięcej; w ciągu dnia można dorosłym dawać 4—6.6 mgr., t. j. 2—3 dawek, dzieciom tylko 2 dawki czyli najwyżej $^{1}/_{5}$ mgr. Rozczyn:

Atrop. sulfur. 0.002
Aq. dest. 10.0
M. D. S. do podskórnych wstrzykiwań, do rąk lekarza,

wystarczylby dla dzieci na 10 dni, wstrzykując 2 razy dziennie po 0.5 gr. płynu. Dla dorosłych na 10 dni wystarczyłby rozczyn:

Atrop. sulfur. 0.02 do 0.05
Aq. dest. 10.0
M. D. S. *ut supra*,

wstrzykując również $^1/_2$ gr. płynu 2 razy na dzień.

Bromek potasu z początku znosi każdy chory, otrucie ostre nie wydarza się, tylko czasem przewlekłe; atropinu niektórzy absolutnie, nawet w bardzo małych dawkach, nie znoszą, otrucie bowiem ostre jest następstwem użycia tego środka, otrucie zaś przewlekłe jest nader rzadkiém zjawiskiem. Bromek potasu usuwa całkiem, lub znacznie zmniejsza częstość i gwałtowność napadów, szczególnie zaś usuwa je regularnie w padaczce prostéj, typowéj; atropin na niektórych epileptyków wcale nie działa w zwykłych lub małych dawkach; w nieco większych zaś natychmiast wywoluje groźne objawy ostrego otrucia. Dla tego téż należy rozpocząć leczenie każdego epileptyka od podawania bromku potasu i tylko wtedy można spróbować atropinu, gdy dla wyżéj oznaczonych powodów dalsze podawanie bromku potasu jest przeciwwskazaném. Razem z kolegą Dr. J. Hankiewiczem robiłem liczne doświadczenia i próby z obydwoma lekami u różnych chorych, cierpiących padaczkę prostą i szał z padaczką. Przyszliśmy do przekonania, że atropin korzystnie działa na napady padaczkowe i szalowe, tylko u takich chorych, którego znoszą, co się wyjawia przez to, że u nich nawet przy kilkuletniém użyciu dość znacznych dawek, (8 kropel dziennie powyższego rozczynu), źrenice nie są zbyt szerokie i jeszcze dobrze oddziaływają na światło, są nawet czasem nieco wąskie. U niektórych osobników, w wieku: 8, 14, 22, 29 i 35 l., nawet bardzo małe dawki tegoż rozczynu: (1—2—3 kropel na dzień), natychmiast lub w parę dni wywolały groźne objawy ostrego otrucia atropinem: źrenice rozszerzyły się szybko, nawet *ad maximum*, przestały się kurczyć na światło, wymawianie chorych stało się niewyraźném, chore straciły wszelkie oryjentowanie się, wkrótce także i częściową, późniéj całkowitą przytomność, opanował je lęk nieuzasadniony, niespokój, czasem następowały złudzenia zmysłowe: wzroku, słuchu, złudzenia czuciowe i wśród objawów śpiączki były one bliskie zgonu, (ale żadna z nich nie umarła; objawy te powoli ustąpiły po usunięciu atropinu); częściowe i ogólne kurcze i drgawki bywały niekiedy częstsze; spokojne dotąd chore dostały nagle napadów szału z cechą bolesnego podrażnienia, lęku, lub z cechą rozweselenia: chore w takich razach śmieją się dużo, śpiewają, skaczą. Inteligentniejsi chorzy podają w takich przypadkach otrucia już w samym początku nieprzyjemne, znane już objawy sciągania, skurczenia, suchość, ból połyku, utrudnione połykanie, zamglenie wzroku, lub tylko nieco niedokładny wzrok (oddalenie punktu pobliży w skutek rozszerzenia źrenic i porażenia akomodacyi). Miesięczne upławy stają się obfitsze przy użyciu tego leku w okresie miesiączkowania, a jest ono potrzebnym, bo właśnie w tym okresie padaczka i szał bywają częstsze i gwałtowniejsze; chore znoszą ten lek w tym okresie bardzo dobrze. Niektórzy po dłuższém użyciu atropinu spostrzegli lekki nieżyt kiszkowy, jakotéż i lekką różyczkę.

Były zwierzchnik mój Dr. Maresz już w r. 1858 w Tow. lek. wiedeńskich wykładał o leczeniu padaczki za pomocą atropinu i w *Zeitschrift der Ges. der Aerzte* Nr. 7 i 8 w r. 1858 skreślił dotyczące spostrzeżenia swe nad chorymi cierpiącymi równocześnie szaleństwo i epilepsyję, którym zadawał różne środki przeciwpadaczkowe. Wyżéj wymieniony rozczyn atropinu jest tu w Zakładzie właśnie przez niego wprowadzony i z dobrym skutkiem był u niektórych chorych, jak wspomniałem, używany. Podobną formułkę podają téż: Skoda i Benedikt; Oppolzer używał rozczynu wyskokowego z *Atrop. pur.*; Benedikt rozpuszcza *Atrop. sulf. anglic.* w wodzie; inni do takiego rozczynu dodają kroplę *Ac. sulf. dil.*; Trousseau używał pigułek z *hrb.* i *extr. bellad.*; dobre skutki po użyciu pigułek z *Atrop. sulf.* spostrzegl i opisał w ostatnich latach Svetlin; również i Meynert, choć rzadko, używał atropinu w pigułkach; w postaci téj Benedikt radzi nawet używać czasem bromku potasu, stósowanie pigułek atoli jest często bardzo utrudnioném, u dzieci niemożebném; obłąkanym nie radziłbym wcale podawać pigułek. Z zapisywaniem atropinu w praktyce prywatnéj trzeba być ostrożnym, i należy oddać rozczyn w pewne ręce; ludzie nerwowi, mający początki obłąkania, mogliby go użyć w celach morderczych lub samobójczych. Już dawnym lekarzom było wiadomém, że belladonna działa przeciw kurczom; my wiemy, że do działalności atropinu należy porażenie mięśni okrężnych organicznych, zwieraczy; działalność zatém tego środka przeciwpadaczkowa polega zapewnie na porażeniu mięśni okrężnych tętniczek mózgu, których kurczenie się, w skutek podrażnienia ośrodka kurczowego i naczynioruchowego, w moście Varola i w górnéj połowie dna komórki 4éj się znajdujących (Kussmaul, Tenner, Owsiannikow, Schroeder van der Kolk, Nothnagel), ma wywoływać napady epileptyczne; albo téż, być może, działa atropin, również jak i bromek potasu, uspokajająco i hamująco wprost na ośrodek kurczowy i naczynioruchowy u epileptyków często lub ciągle podrażniony; wiadomo bowiem z doświadczeń fizyjologicznych i farmakologicznych, że atropin i spokrewnione z nim alkaloidy właśnie działają na nerwy, pochodzące z okolic mostu Varola i rdzenia przedłużonego.

W ostatnim czasie spostrzeżono dobre skutki po użyciu w padaczce kurary i Benedikt używał:

Curare 0.02
Aq. font. 2.0
M. D. S. do rąk lekarza, do wstrzykiwań podskórnych.

Rozczyn musi być dobrze przefiltrowanym i posiadać kolor winożółtawy. Z początku należy stósować 3 razy na tydzień wstrzyknięcia z 10—12 kropel tego rozczynu, późniéj parę razy na miesiąc i o 2 krople mniéj, skoro pojawią się dreszcze. Albo można używać rozczynu:

Curare 0.3
Aq. dest. 5.0
M. D. S. ut supra.

Rozczyn ten wystarcza do 6—8 injekcyj; jedno wstrzyknięcie należy stósować co 5 dni; po 4 wstrzyknięciach należy parę tygodni pauzować. Sam dotychczas nie miałem sposobności robić doświadczenia z tym środkiem, ale nie wątpię, że środek ów pomódz może. Z dobrym skutkiem używano go w wściekliźnie. W klinice prof. Bambergera w Wiedniu widziałem tylko w jednym przypadku dobry skutek w tężcu.

III. Oceny i sprawozdania.

Lehrbuch der Physiologie des Menschen einschliesslich der Histologie und mikroskopischen Anatomie. Mit besonderer Berücksichtigung der praktischen Medicin. Von Prof. Dr. L. Landois. Zweite verbesserte Auflage. Mit zahlreichen Holzschnitten. Erste Hälfte. (Bogen 1—30). Wien und Leipzig 1881. Urban und Schwarzenberg.

W obec postępu nauk lekarskich i tworzenia się ich nowych gałęzi, nabywających coraz więcéj samodzielności, zwiększa się obszar tego, czego pomijając właściwą umiejętność potrzeba dla prostego utrzymania się na stanowisku praktyce odpowiedniém. Dla tego też uczniowie medycyny i dyplomowani lekarze przygnieceni ogromem obowiązku zapoznania się z obecnym stanem praktycznych wiadomości, przy łożu chorego nieodzownie potrzebnych, coraz mniéj mają czasu na teoretyczne nauki przygotowawcze, zajmują się niemi przelotnie i jakby z musu, a jakie są tego następstwa, nie trudno odgadnąć. Brak gruntowności i ścisłości postrzeżeń klinicznych i niewłaściwości wniosków ztąd wyprowadzanych są nieraz aż nadto widoczne w wielu pracach nowszych z zakresu medycyny praktycznéj.

W obec tego obowiązkiem jest nauczycieli przedmiotów teoretycznych ograniczyć się, ile możności, w swych wykładach do tego, czego uczniowi niezbędnie potrzeba, by mu dać skazówkę naukową do badań i postrzeżeń klinicznych a lekarzowi praktycznemu podawać do rąk dzieła obejmujące treściwy wykład obecnego stanu ważnych kwestyj naukowych.

Do rzędu takich dzieł z zakresu teoryi ale przeznaczonych przedewszystkiem dla lekarza praktycznego policzyć należy fizyjologiję profesora Landoisa, książkę, któréj pierwszą połowę mamy przed sobą w powtórnem wydaniu, co w obec znacznéj liczby kompendyjów niemieckich, właśnie z zakresu fizyjologii, samo dobrze świadczy o jéj wartości.

W podręczniku nie można oczywiście krytykować treści dzieła, bo ta z natury rzeczy ogranicza się, a przynajmniéj ograniczać powinna, do podania obecnego stanu nauki w grubych zarysach i nie może uwzględniać podmiotowych poglądów autora w kwestyjach drobniejszych; wypada nam przeto zwrócić uwagę tylko na układ dzieła. Pod tym względem praca prof. Landoisa rzeczywiście najzupełniéj odpowiada swemu celowi, bo w nader trafny sposób podaje kwintesencyję tego, czego dla zrozumienia spraw fizyjologicznych potrzeba z zakresu fizyki, chemii i histologii a przez liczne wycieczki na pole zastosowania fizyjologii do patologii ułatwia połączenie teoryi z praktyką i gruntowne poznanie istoty nie jednéj sprawy chorobowéj na podstawie czynności ustroju zdrowego.

Część pierwsza, z któréj zdajemy sprawę, obejmuje fizyjologiję krwi, krążenia, oddychania, trawienia, wsysania i ciepła zwierzęcego a liczne i doborowe drzeworyty uzupełniają w bardzo dobry sposób treść dzieła. Postać książki nader ozdobna i szykowna w obec umiarkowanéj ceny przynosi prawdziwy zaszczyt, znanéj zresztą już na tém polu, firmie Urbana i Schwarzenberga w Wiedniu i Lipsku.

Pracę zatém prof. Landoisa jak najlepiéj polecić możemy lekarzom praktycznym pragnącym, bez wielkiéj straty czasu, odświeżyć swe wiadomości z fizyjologii i połączyć nie jedno swe doświadczenie przy łożu chorego z tak ważną dla patologii nauką o sprawach ustroju zdrowego.

Prof. Domański.

Rozprawy o jaskrze w Cambridge na posiedzeniu 11 sierpnia 1880 r. sekcyi okulistycznéj Tow. lek. angielsk.

Priestly Smith (Birmingham): **Patologija jaskry pierwotnéj.**

Istotną przyczyną jaskry jest zmniejszenie przestworu oddzielającego soczewkę od wyrostków rzęskowych. W razie tego zboczenia wszelkie rozdęcie żył, przekrwienie tętnic lub zwiększenie wydzielania środocznego wywołać może wybuch jaskry. Ciecz środoczna uchodzi z wnętrza oka do kąta komórki przodkowéj, który w jaskrze jest ugnieciony i zamknięty. Następstwem tego jest nadmiar cieczy i podwyższenie napięcia oka. Doświadczenia dowiodły, że jeżeli ucisk w ciałku szklaném przewyższa ucisk w komórce przodkowéj, wyrostki rzęskowe zostają wyparte naprzód, ku obwodowi tęczówki, a kąt komórki przodkowéj zamyka się, jak w jaskrze. Jaskra bierze swój początek w nadmiarze ucisku w ciałku szklaném. W stanie prawidłowym prąd cieczy przechodzi ustawicznie z ciałka szklanego do cieczy wodnéj po przez przestwór oddzielający soczewkę od wyrostków rzęskowych, którego zmniejszenie pociąga za sobą podwyższenie parcia w ciałku szklaném. Z badania oczów zdrowych i jaskrą dotkniętych wynika: *a*) że w pierwszych zwiększa się średnica soczewki z wiekiem, *b*) że z jéj zwiększeniem łączy się zmniejszenie tego przestworu, *c*) że w pewnych okresach jaskry przestwór ten jest rzeczywiście ścieśniony. Pomiary wykonane na 3 oczach jaskrowych wykazały, że średnica ich soczewki jest większą, aniżeli w oczach zdrowych ludzi tego samego wieku, nie można atoli orzec stanowczo, czy zmniejszenie przestworu dokoła soczewki zawisło od zwiększenia soczewki, lub też od położenia wyrostków rzęskowych.

Brailey (Londyn). Zwiększenie się objętości soczewki z wiekiem nie jest dowiedzionem, a mówcy nie udało się nigdy stwierdzić go w oczach jaskrowych, zamrożonych zaraz po wyłuszczeniu. To samo zdaje się wynikać z wielu wizerunków oczów jaskrowych wykonanych przez Beckera, Kniesa i Pagenstechera. B. znajdował zanik wyrostków rzęskowych w wszystkich oczach ośleplych skutkiem jaskry. Natomiast są one bardzo powiększone w oczach z obniżonym uciskiem a nie wypierają tęczówki ku obwodowi. Zanik ich nie jest skutkiem ucisku, w oczach dotkniętych zapaleniem tęczówki surowiczém mają one rozmiary prawidłowe, chociaż komórka przodkowa jest bardzo głęboką. W pracy swéj o rozmiarach komórki przodkowéj w jaskrze B. zwrócił uwagę na zanik ciałka rzęskowego a mianowicie wiązadła grzebieniastego. Zamknięcie kąta komórki przodkowéj jest skutkiem ściągnięcia się tego pasma ścięgnistego. Ściąganie jego warstwy wewnętrznéj pociąga tęczówkę ku błonie Descemeta, ściąganie się zaś warstwy zewnętrznéj pociąga również ku jednemu punktowi włókna podłużne początku mięśnia rzęskowego i ściąga wyrostki rzęskowe za pomocą swojego związku z ich zrębem łącznotkankowym. Położenie więzadła grzebieniastego zmienić się również może z powodu pociągnięcia ku tyłowi jego kąta tylnego skutkiem wytworzenia tkanki łącznéj w ciałku rzęskowém.

Cowel (Londyn). Zdaje się, że przyczyna jaskry może być rozmaitą, mechaniczną, nerwową, odżywczą itd. Nie może jéj więc tłumaczyć dostatecznie jedna teoryja. Iridektomia pozostaje w każdym razie najlepszym i najpewniejszym środkiem leczniczym.

Andrew (Shrewsbury) zapytuje, jakim sposobem mo-

głaby jaskra powstać w oku pozbawionêm soczewki, gdyby teoryja P. Smitha była prawdziwą.

Donders. 1) W przypadkach zaćmy zapalnéj spostrzegano, że soczewka posunięta ku przodowi ugniatała część źreniczną tęczówki. To przyleganie fizyczne wystarcza do przerwania wolnéj komunikacyi pomiędzy częścią obwodową komórki tylnéj a komórką przodkową. Może tutaj mieć miejsce zwiększenie ucisku w komórce tylnéj, będące w związku z rozszerzeniem, stwierdzonêm przez Brailey'a, zanikiem wyrostków rzęskowych i pociągnięciem obwodu tęczówki w kierunku więzadła grzebieniastego, z zapaleniem i przylepieniem do rogówki w sąsiedztwie zatoki Schlemma.

2) Rozszerzenie obwodowych tętniczek tęczówki zdaje się być w związku z widocznêm rozdęciem przodkowych tętniczek rzęskowych.

3) Soczewka zdawała mu się obrzmiałą w przypadkach jaskry ostréj. Co do jéj zwiększania się z wiekiem, o którém tutaj wspomniano, to byłoby rzeczą ciekawą przekonać się o niém nietylko przez mierzenie ale i przez ważenie pewnéj liczby soczewek.

Walker (Liverpool). Wypowiadając swoje zdanie o działaniu iridektomii, sklerotomii i cyklotomii podtwardówkowéj sądzi, że one obniżają ucisk zmniejszając naciek zapalny w ciałku rzęskowêm.

Higgens (Londyn). Nadzieje, które w nim obudziło uważne czytanie pracy Walkera o cyklotomii podtwardówkowéj, nie ziściły się, sądzi on, że ta operacyja nie dorównywa iridektomii jako środek obniżający ucisk śródoczny, lecz przewyższa sklerotomiję, trepanacyję i drenowanie.

Vose Salomon (Birmingham) widział obniżenie ucisku wygórowanego, utrzymującego się pomimo iridektomii po wykonaniu cięcia w podstawie szczeliny tęczówkowéj i w tkance ciałka rzęskowego. Po myotomii śródocznéj, za którą od 14 lat przemawia, jaskra ostra nie powraca nigdy. Uskutecznia on cięcie w granicy rogówkowo-twardówkowéj, twardówki saméj nie przecina, a ciałko szklane nie opada nigdy w rankę.

Argyll Robertson (Edymburg) nie może się zgodzić na zapatrywanie P. Smitha co do powstawania jaskry. Sądzi on również, że posunięcia się przodkowéj powierzchni tęczówki ku tylnéj powierzchni rogówki nie można wytłumaczyć dostatecznie ze ściągnięcia się włókien więzadła grzebieniastego, które zdaniem jego przybliżyć tylko może brzeg źreniczny tęczówki do wyrostków rzęskowych, nie zmieniając kierunku płaszczyzny tęczówki. Wytworzenie się blizny torbielowatéj po iridektomii zabezpiecza trwale obniżenie ucisku, sprzyjając ustawicznemu przesączaniu cieczy śródocznéj. Trepanując twardówkę w jaskrze nie miał innego celu jak tylko zastąpienia części niepodatnéj twardówki tkaniną pulchną. W przypadku jaskry obuocznéj wykonał iridektomiję na oku lepszém, a trepanacyję na gorszém, pierwsze z nich oślepło, w drugiém ocalał wzrok dobry.

Przewodniczący Bowman streszcza stan obecny nauki o jaskrze i wypowiada, co jeszcze do wyjaśnienia pozostaje, celem wyświecenia jéj przyczyn i powstawania.

(Według sprawozdania *Annales d'oculistique*. Zeszyt listopad-grudzień 1880). *Rydel.*

Dr. P. Strübing: O katalepsyi.

W celu jasnego określenia przypadków kataleptycznych i odróżnienia takowych od zjawisk hypnotycznych ogłasza autor swe spostrzeżenia, które poczynić miał sposobność na 18-letniéj dziewczynie, dotkniętéj têm cierpieniem. Wśród istniejącego już, w skutek nieszczęśliwéj miłości, przygnębienia umysłowego, po silniejszém wzruszeniu, wystąpił pierwszy napad kataleptyczny, napady powtarzały się już to codzień, już to w dłuższych odstępach czasu, czas trwania każdego pojedyńczego jak i natężenie były bardzo zmienne. Stale wywoływało je albo silne wzruszenie umysłowe, i to im silniejsze têm i napad mocniejszy lub też napady występowały samodzielnie w czasie miesiączkowania. Początek napadu bywał rozmaity, objawy występowały albo powoli albo nagle, pierwszy rodzaj częściéj miewał miejsce, uwydatniał się zaś na samprzód ogólnêm znużeniem, za czêm szła *flexibilitas cerea* odnóg. Oczy choréj zamykały się i wtedy utracała przytomność. Kiedy zaś napad przychodził nagle, równocześnie z wystąpieniem tężca odnóg znikała zarazem i przytomność choréj. W czasie napadu chora robiła wrażenie osoby śpiącéj, po napadzie umiała zdać sprawę, i to nie zupełnie jasną, tylko z tego, co zaszło przed zamknięciem i po otwarciu oczu. Koniec napadu zaznaczało kilka klonicznych drgnięć, poczém pozostawało tylko znużenie i silne pragnienie. Mechaniczne drażnienie błony śluzowéj nosa w czasie napadu wywoływało odruchy, a jeżeli, w obec istnienia tychże, rozsunięto powieki choréj, przytomność powracała i napad szybko ustawał; mechaniczne drażnienie jamy ust i gardziela było bez skutku. Zapytywana głośno i wielokrotnie wśród lżejszego napadu odpowiadała wreszcie głosem monotonnym, bez wyrazu i trudnym do zrozumienia, czasem szeptała sama do siebie, a wnosząc z wykrzykników doznawała omamień. Czucie było zmniejszone stósownie do siły napadu, na wysokości ciężkiego napadu istniała zupełna nieczulica, odruchy ścięgniste, kostne i stawowe były zwiększone, oddziaływanie mięśni na prąd elektryczny prawidłowe, stósowanie przez czas krótki strumienia faradyzacyjnego łagodziło przypady, dłuższe zaś znosiło cały napad. Podobny skutek miał ucisk na okolicę jajników, mianowicie lewego; przy energicznym ucisku, już po 3—4 minutach, ustawał choćby najsilniejszy napad, po krótkim jednak czasie cały szereg objawów spieszących po sobie znamionował nowy napad. Kiedy znużenie i *flexibilitas cerea* były już wyraźne, zamknięcie powiek lub trzymanie błyszczącego przedmiotu przed okiem doprowadzało natychmiast do wysokości napadu. Bieguny prądu galwanicznego, stósowane na okolice ciemieniowe, wywoływały napad i to w czasie wolnym zwykle od takowych. Silne przechylenie głowy w tył i trzymanie jéj jakiś czas w têm położeniu, które u hysteryczek sprowadza bardzo często stan hypnotyczny lub napad hysteroepileptyczny (Eulenburg), w tym przypadku było obojętne, podobnie jak drażnienie nerwów czuciowych skóry w odstępach międzynapadowych, wykonywane w początku napadu, potęgowało przypady. Tętno w czasie napadu wynosiło 80—100, ciepłota niższa o 0,50° C. od zwyczajnéj, liczba oddechów wahała się między 10 a 20.

Ważną w końcu jest tablica porównawcza, jaką autor podaje, w odniesieniu do ilości wydzielanego moczu, wraz z bezwzględną ilością wydzielanego z nim kwasu fosforowego i azotu. Z tablicy téj wynika, że każdy napad pociągał za sobą znaczne zmniejszenie się tych obu składników. Co jest tego przyczyną, czy stan podrażnienia w ośrodkach nerwowych, jakie w napadzie kataleptycznym musi mieć miejsce, lub patologicznie zwiększone zużycie pierwiastków utkania nerwowego, które może także stoi w związku z przyczyną nerwicy, nie da się na pewno powiedzieć. *(Deutsch. Arch. f. klin. Med. 27 B.)* *Dr. Bossowski.*

Dr. Balfour: **Teoryja kompensacyi w niedomykalności zastawek aorty.**

Odnosząc się do zdania Stroema, Thebeziusza i Brückego możnaby sądzić, że miąższ serca tylko podczas rozkurczu zasila się krwią tętniczą. W rzeczy saméj prąd krwi podczas skurczu przebiega pod kątem prostym po nad ujściami tętnic wieńcowych. Skurcz zdaje się jeszcze bardziéj przypływ krwi do miąższu serca tamować. Wreszcie u wielu osób ujścia tętnic wieńcowych leżą tak blizko podstawy zastawek, iż powinnyby być całkowicie zamknięte przy zbliżeniu się zastawek półksiężycowych do ściany aorty. Poszukiwania Gaskella udowodniły jednak, że nawet tężcowy skurcz mięśni sprzyja dopływowi krwi tętniczéj. Z drugiéj strony Hyrtl na podstawie 117 sekcyj twierdzi, że najczęściéj ujścia obu tętnic wieńcowych leżą wyżéj, aniżeli brzeg wolny zastawek, który to stosunek przynajmniéj dla jednego z nich można uważać za normę. Tenże sam autor na podstawie sekcyj dokonanych na królikach, psach i kotach stwierdził, że w tętnicach wieńcowych istnieje prąd krwi przerywany równoczesny ze skurczem komórek. Wreszcie Ceradini dowiódł, że zastawki półksiężycowe podczas skurczu nie przylegają ściśle do ściany aorty, lecz pozostają w pozycyi pośredniéj, utrzymywane w równowadze z jednéj strony przez główny prąd krwi, z drugiéj zaś przez prądy ościenne powstałe przez odbicie się krwi od ściany tętnicy ku tylnéj powierzchni zastawek. Autor wnioskuje ztąd, że ujścia tętnic wieńcowych podczas skurczu komórek są szeroko rozwarte. W następstwie tego serce zasila się silnym prądem krwi odżywczéj. Toby nam tłumaczyło, dla czego w niedomykalności zastawek aorty, z wyjątkiem zastarzałych przypadków, znajdujemy tylko bardzo nieznaczne zwyrodnienie miąższu sercowego, i dla czego zmiany chorobowe aorty, chociaż częściéj niż inne wywołują śmierć nagłą, przecież dają pogodzić się z dość długiém życiem. Wady te, należycie kompensowane na podstawie powyższego mechanizmu, rzedziéj niż wady zastawki dwukończystéj narażają na nieżyty oskrzelowe, puchliny i inne złe następstwa pochodzące od osłabionéj czynności serca. Ten względny przywilej zwrócił już na siebie uwagę Niemeyera; ogłasza on bowiem ciekawy przypadek, w którym mężczyzna, dotknięty niedomykalnością zastawek aorty i zwężeniem ujścia tętniczego, mimo to z łatwością podołał trudom rozmaitym i marszom forsownym przez cały ciąg ostatniéj wojny francusko-niemieckiéj. (*Gazette médicale de Paris* 1881, 1 Janvier). *Dr. Żelazowski.*

Wiadomości pomniejsze.

(T.W.) **Chininum tannicum w praktyce dziecięcéj.** Z pomiędzy soli chininowych najwięcéj zaleca się do użytku u dzieci według Hagenbacha (*Coresp. f. Schweiz. Aerzte*) garbnikan chininowy, *Chininum tannicum amorph. neutrale*, i to od Zimmera z Frankfurtu n. M., bo ma smak nie bardzo gorzki, dzieci dobrze go znoszą, chętniéj zażywają, nie wypluwają i nie wymiotują tak, jak się to zwykle dzieje z *Chinin. sulphur.* lub *muriatic.*, wreszcie jest znacznie tańszy, bo 500 grm. kosztuje tylko 30 złr. Hagenbach podawał go dzieciom

od 0—1 roku	w dawce	1 grm.
„ 1—3 lat	„	1,5 —2,00
„ 1—5 „	„	2,00
„ 5—10 „	„	3,00—4,00
„ 10—15 „	„	4,00

i to na raz pełną dawkę albo częściéj na 2 razy co pół godziny; aby przyspieszyć wessanie w żołądku sporéj stosunkowo ilości proszku, podawał dzieciom zaraz po zażyciu nieco wódki, wina mocniejszego, grogu itp.

Garbnikan chininowy okazał się bardzo skutecznym w kokluszu, obniża również ciepłotę jak inne sole chininowe, tylko że obniżenie to nastaje nieco późniéj, ale za to utrzymuje się dłużéj i właśnie z powodu powolnego i łagodnego działania nie wywołuje nigdy ogłuszenia, szumu w uszach, podrażnienia i innych przypadków nerwowych siarkanowi chininu właściwych; w durze brzusznym nietylko obniża ciepłotę, ale zmniejsza także biegunkę i zapobiega krwotokom kiszkowym.

(T.W.) **Leczenie błonicy.** Przez wewnętrzne i zewnętrzne stosowanie *Liquor. ferr. sesquichl.* u chorych błonicą dotkniętych osiągnął Collan (*Petersb. med. Woch.*) bardzo dobre rezultaty, bo z 150 chorych nie stracił ani jednego. Zewnętrznie pędzelkował części zajęte rozczynem półtorachlorku żelaza w równéj części wody, wstrzykiwał do nosa rozczyn 1:4, a wewnętrznie podawał 10—20 kropli na 200,00 wody, z tego co kwadrans po łyżeczce. (Nadmienić jednak wypada, że chorych Collana stanowiły przeważnie dzieci starsze i dorośli, a nie było ani jednego dziecka niżéj 2 lat).

(T.W.) **Jod przeciw wąglikowi** (*Anthrax*) **u człowieka.** Davaine doniósł Akademii lek. w Paryżu o przypadkach wyleczenia karbunkułu zaraźliwego u człowieka za pomocą jodu w rozczynie: *Jodi 0,25—0,30 Kali jodat. 0,50 Aq. 1000.00* do picia, do wstrzykiwań pod skórę opuchniętą tudzież do lewatyw. Do podawania jodu skłoniły D. własne doświadczenia, a mianowicie to spostrzeżenie, że krew kur wąglikiem dotkniętych rozcieńczona tysiąc lub dziesięć tysięcy razy i zmięszana przez 50—60 minut z bardzo słabym rozczynem jodu a wstrzyknięta podskórnie morskim świnkom nie szkodziła im wcale, wstrzyknięta zaś podskórnie w téj saméj ilości (3—4 kropli) ale bez jodu zabijała je niechybnie. U człowieka podawać należy jod w okresie drugim choroby, t. j. gdzie na około krosty wytworzył się już obrzęk skóry zawierający bakteryje, które atoli nie dostały się jeszcze do obiegu krwi.

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcyja lwowska Tow. lek. galic.

Posiedzenie doroczne administracyjne z dnia 15 stycznia 1881.

Przewodniczący kol. Longchamps. Członków obecnych 27.

1) Przewodniczący otwierając posiedzenie wspomina o śmierci dwóch dobrze zasłużonych około Towarzystwa członków, koll. Beisera i Karcza, z których szczególniéj pierwszy rozległą praktyką we Lwowie cieszył się i jako lekarz i dobroczyńca ubogich słynął. Zgromadzeni przez powstanie z miejsc oddają cześć pamięci zmarłych Kollegów.

2) Dziękuje zgromadzonym za zaszczyt, którym go wybierając na przewodniczącego obdarzono, a składając w ręce kollegów swój urząd prosi o zachowanie w pamięci miłych wspomnień, jakie z wzajemnego stosunku się wywiązały.

3) Sekretarz naukowy i jako zastępca sekretarza ad-

ministracyjnego odczytał sprawozdanie z administracyjnych czynności i ruchu naukowego Sekcyi w ubiegłym roku i przedstawił stan biblijoteki.

4) Skarbnik (gospodarz) Sekcyi podał zestawienie dochodów i rozchodów funduszu Sekcyi, a Zgromadzenie udzieliło absolutoryjum skarbnikowi.

5) Po dłuższéj dyskusyi postanowiono w roku bieżącym oprócz roczników Canstatta i Virchowa nie prenumerować innych dzieł i polecono przyszłemu biuru porozumieć się z Zarządem biblijoteki Ossolińskich co do możliwego umieszczenia biblijoteki Towarzystwa tamże.

6) Nastąpiły wybory Zarządu Sekcyi na rok 1881. Wybrani zostali: Przewodniczącym kol. Czyżewicz, zastępcą przewodniczącego kol. Szeparowicz, sekretarzem naukowym kol. Jana, sekretarzem administracyjnym kol. Pawlikowski. gospodarzem kol. Madejski, członkami biura kol. Lech i kol. Gostyński. Delegatami na Walne Zgromadzenie wszystkich Sekcyj Tow. lek. gal. i Towarzystwa lek. krak.: koll. Jasiński, Lech i Littich. Zastępcami tychże: koll. Łopacki i Gostyński. Sekretarz *Dr. Jana.*

V. Asanizacyja Krakowa.

1.

Z woli Monarchy laska marszałkowska spoczęła w rękach męża znanego z wysokich zdolności, wielkiéj pracy i znamienitéj zasługi. Cały téż kraj powitał z prawdziwą radością nominacyję Prezydenta Zyblikiewicza na Marszałka sejmu galicyjskiego. Do zgodnego chóru dziennikarstwa i my dołączamy głos nasz, serdecznie witając nowego kierownika samorządu krajowego, jako naczelnika zarządu szpitalnego.

Z całą otuchą oczekując przyszłych rządów nowego Marszałka i zbawiennego jego wpływu na udoskonalenie i rozwój szpitali krajowych, wymagających nie jednéj reformy, o czém nieraz mówić nam jeszcze wypadnie, zajmiemy się dziś inną, nie mniéj ważną sprawą.

Z ustąpieniem Dra Zyblikiewicza krzesło Prezydenta naszego grodu zostaje opróżnioném. Chwila ta wydaje się nam najodpowiedniejszą do poruszenia sprawy uzdrowotnienia Krakowa i wykazania zadań, jakie ciążyć będą na przyszłym burmistrzu krakowskim.

Miasto nasze pod dzielném kierownictwem dzisiejszego Marszałka uczyniło co mogło dla utrzymania historycznego swego znaczenia. Nietylko jednak przeszłość ma swoje wymagania; teraźniejszość i przyszłość grodu naszego wymagają równéj, jeżeli nie większéj opieki. Mamy już urzędowych konserwatorów zabytków przeszłości; równém prawem możemy żądać opiekunów przyszłego pokolenia, wołającego życia. I pod tym względem Rada m. Krakowa złożyła dowody szlachetnéj pieczy o dobro przyszłych pokoleń, zakładając i budując liczne szkoły, te najpewniejsze rękojmie jędrnego życia społecznego.

Rozwój jednak i przyszłość każdego miasta wymagają jeszcze utrwalenia podstaw fizycznego bytu ludności, przez usunięcie wszelkich wpływów szkodliwych, wynikających z nagromadzenia ludności na małéj stosunkowo przestrzeni. Do tych warunków fizycznego bytu należy: dobra i zdrowa woda, czyste powietrze, suchy i czysty grunt. Kraków nie posiada tych zasadniczych warunków należytego rozwoju w takim stopniu, jak tego godność miasta i dobro jego mieszkańców wymagają.

W mieście naszém dotkliwie czuć się daje brak wody. Nie posiada ono wcale wody na użytek publiczny, ilość zaś wody, jednorazowo znajdująca się w studniach krakowskich, nie wystarcza nawet na ugaszenie jednego wielkiego pożaru. Nagła ta potrzeba wodociągów dla Krakowa będzie jeszcze widoczniejszą, skoro zastanowimy się nad jakością wód krakowskich.

Kraków był i jest starodawném ogniskiem oświaty, ogniskiem wzniosłych wspomnień. Niestety, nie można tego samego powiedzieć pod względem sanitarnym. W téj mierze Kraków był i jest ogniskiem nieczystości i zgnilizny. Grunt krakowski, uznojony potem rodzinnéj myśli, umierzwiony jest zarazem nawozem przeszłych pokoleń, które na nim przemieszkiwały. Jeżeli historykom wolno wypowiadać dotkliwe prawdy i ostry wydawać sąd o postępowaniu przodków w imię prawdy dziejowéj, to i nam niech będzie również wolno powiedzieć na podstawie statystyki zanieczyszczenia: Kraków stoi na własnych nieczystościach. W gruncie przesyconym wszelkiego rodzaju nieczystościami i przesiąkłym zgnilizną stoją wszystkie nasze studnie. Ztąd wody krakowskie nieprzydatne są dla celów przemysłu i gospodarstwa domowego, a jako wody do picia są bezwarunkowo dla zdrowia szkodliwe.

Z zanieczyszczonego do najwyższego stopnia podziemia i złéj wody wynikają liczne szkodliwości, które fatalnie wpływają na stan zdrowia mieszkańców. Drażliwa to rzecz wypowiedzieć prawdę w téj mierze. Wypowiemy ją jednak odważnie i stanowczo, bo tak nam nakazuje obywatelski obowiązek, wierni zasadzie: *„Et veritas liberavit vos.“*

Za miarę zdrowia powszechnego służyć może ogólna śmiertelność, wykazująca, ile osób z tysiąca osób żywych rocznie umiera. Z ksiąg skonów prowadzonych w Magistracie okazuje się: iż w ostatnich latach jedenastu średnio licząc umierało 37,6 osób na rok i tysiąc mieszkańców. Tak znaczna cyfra śmiertelności mieszkańców Krakowa jest niewątpliwą oznaką opłakanych stosunków zdrowia publicznego w mieście naszém. Wszyscy kochamy nasz Kraków; przedmiot jednak ukochany miłować można w dwojaki sposób: miłością ślepą, egoistyczną, która nie widzi złego i nie chce nawet przypuścić, aby mogło istnieć coś lepszego i doskonalszego, tudzież miłością prawdziwą, wierną w nieszczęściu, wytrwałą w niepowodzeniu, miłością uszlachetniającą, która widząc złe, wszelkiemi siłami stara się temuż zaradzić, przedmiot ukochany podnieść z upadku i zapewnić mu doczesne szczęście. Taką prawdziwą miłością kochając nasze miasto porównajmy stosunki zdrowia jego mieszkańców z innemi miastami zagranicznemi a przekonamy się, że śmiertelność w Krakowie należy do największych, jaka bywa spostrzeganą. Z obliczeń wynika daléj, iż w Krakowie umiera rocznie 780 osób w skutek chorób dających się uniknąć, to jest o tyle więcéj umiera niż umrzeć powinno; według zaś zasad powszechnie w statystyce sanitarnéj przyjętych wypada, iż w mieście naszém na rok przydarza się 26 520 przypadków chorób, których możnaby uniknąć, a tém samem 490.620 zbytecznych dni chorobowych. Z drugiéj znów strony z wykazów śmiertelności okazuje się, że Kraków jest gniazdem nieustających chorób epidemicznych. Na tyfus średnio umiera na rok 50 osób, czyli średnio choruje w Krakowie na durzycę 250 osób i wypada 7500 dni tyfusowych, licząc na jednego chorego tyfusowego dni 30. Na ospę średnio rocznie umiera u nas osób 72, a na szkarlatynę osób 38. W taki sposób żałobna kronika parafij przemawia do naszego su-

mienia i serca wołając pomocy; taki to podatek opłacamy z życia naszego nieubłaganéj śmierci!

Prezydent Zyblikiewicz znał stosunki sanitarne miasta, a bolejąc nad niemi nigdy nie spuszczał z uwagi zdrowia mieszkańców. Do wielkich téż zasług jego w téj mierze zaliczyć należy doszczętne oczyszczenie kanałów miejskich, przeprowadzenie sprawy zasypania Staréj Wisły, uskutecznienie przedwstępnych badań dla przyszłych wodociągów, utworzenie wreszcie Komisyi Sanitarnéj i biura dla statystyki zdrowotnéj. Nie jego to wina, jeżeli usuwanie wszelkich dla życia ludzkiego szkodliwości i niebezpieczeństw nie odbywa się w mieście naszém w sposób dostateczny i właściwy. Niestety poczucie potrzeby niezbędnych reform sanitarnych nie zaszczepiło się dotąd w umysłach obywateli i nie stało się przekonaniem Władz miejskich, z czego wynika, iż każde skromne choćby dążenie do umiejętnego zbadania czynników wpływających na stosunki zdrowotne Krakowa bywa przyjmowane jeżeli nie z niechęcią to z dziwną obojętnością.

Tymczasem w obec stosunków, w jakich obecnie pozostaje ochrona zdrowia powszechnego w mieście naszém, nad jego asanizacyję nie ma przedmiotu, któryby zasługiwał na większą uwagę ojców miasta. Jestto przedmiot, który przy każdéj nadarzającéj się sposobności należy mieć na uwadze. Powiemy więcéj: uzdrowotnienie Krakowa jest dziś najważniejszą ze wszystkich naglących potrzeb miejskich i stanowić winno przewodnią myśl obrad reprezentacyi miejskiéj, jedyny program działania przyszłego Prezydenta, w którego ręce złożone zostaną losy naszego miasta, jeżeli Kraków ma stanąć na równi z miastami lub miasteczkami zagranicznemi, jeżeli ma się podnieść z materyjalnego upadku.

Listy z Wiednia.

2.

Nowy przyrząd pomysłu Leitera. — *Sectio caesarea in viva* przez K. Brauna. — Ciąża pozamaciczna z przebiciem się do kiszki stolcowéj. — *Exsudatum pleuriticum* między dziećmi w Wiedniu. — Prof. Rosenthal o Tabes i Myelitis. — Doktor Karol książę bawarski. — Nominacyja Alberta i Kaposiego. — Prymaryjat chirurgii w szpitalu powszechnym. — Projekt ustawy o wydawaniu lekarstw z aptek.

W zeszłym tygodniu wydał tutejszy fabrykant narzędzi chirurgicznych J. Leiter opis dokładny przyrządu przez siebie wynalezionego, służącego do regulowania ciepła w ustroju. Broszura w 4ce, 20 stron obejmująca, ozdobiona 38 ładnie wykonanemi drzeworytami ma tytuł: *Ein neuer Wärmeregulator zur Wärmeentziehung und Wärmezufuhr für den menschlichen Körper*". Dotychczasowe tego rodzaju przyrządy, jak np. przyrząd Dra Dumontpalliera, w roku zeszłym w Przeglądzie opisany, składały się z systemu rurek gumowych, w kilku warstwach na sobie ułożonych. Przyrząd taki miał wiele niedogodności. Naprzód, użyty materyjał, będąc złym przewodnikiem ciepła, nie zupełnie odpowiadał celowi; powtóre guma ulega łatwo zniszczeniu, wreszcie przyrządy gumowe, okrywające znaczną przestrzeń ciała, wstrzymują transpiracyję i łatwo wywołują wypryski. W dodatku do tych wad przybywa jeszcze i to, że materyjał jest drogim, a ztąd przyrządy wzmiankowane nie dla każdego przystępne (przyrząd Dumontpalliera kosztuje 300 franków). Leiter użył do swego przyrządu giętkich rurek ołowianych, cynowanych. Nadał on swojemu przyrządowi trojaki kształt: okrągły (krążek), kwadratowy i podłużny. Skutkiem użycia rurek giętkich każdemu z owych przyrządów można nadać kształt dowolny, odpowiadający kształtowi części ciała, na któréj chcemy zastósować czy to okład ciepły lub zimny. I tak np. rurka zwinięta w krążek, od 8 do 22cm. średnicy mający, służyć może za okład na głowę, na oko, ramię, brzuch, staw biodrowy, przegub pachwinowy, staw kolanowy, na sutek itd. Podobnie można nadać kształt dowolny rurce zwiniętéj w kwadrat lub prostokąt. Prócz tego wyrabia Leiter odpowiednie regulatory ciepła na moszna i prącie. Przyrządy te odznaczają się ważnemi zaletami: taniością (przyrząd pojedyńczy kosztuje od 2 do 4 zlr.), łatwością zastosowania i jednostajném utrzymywaniem ciepła. Na każdym końcu rurki metalowéj, umieszczone są rurki gumowe rączkami zakończone, z których jedna służy do przyprowadzenia wody z naczynia wyżéj stojącego, a druga do odprowadzania wody, która już przez cały przyrząd przepłynęła. Przyrząd ten znalazł już rozliczne zastosowanie w klinikach proff. K. Brauna, Billrotha i Dittla; również uznano jego zalety w Towarzystwie lekarskiém. W klinikach używają zwykle do zimnych okładów, przy stosowaniu tego przyrządu, wody o ciepłocie 10 do 15°C. Woda o ciepłocie 1 do 3°C. wywołuje w ciągu kilku minut miejscowe znieczulenie. Przez jednę godzinę przepływa przez przyrząd 3 do 4 litrów wody. Dotychczas wykrytą ujemną stroną tego przyrządu jest, że rączki dość często się zatykają i muszą być przedmuchiwane. Leiter robi dalsze doświadczenia nad udoskonaleniem swojego przyrządu.

Wczoraj prof. Karol Braun wykonał laparotomiję z wyjęciem ciężarnéj macicy według sposobu Dra Porro. Była to w Wiedniu *12ta sectio caesarca* dokonana według téj metody. Z 11 poprzednich wykonał prof. K. Braun 6, z których 4 pacyjentki wyzdrowiały, prof. Gustaw Braun 4, z tych dwie z dobrym wynikiem, a prof. Spaeth jednę z dobrym rezultatem. A zatém na 11 operacyi uzyskano w 7 przypadkach rezultat pomyślny. Ostatnią laparotomiję wykonano na karlicy w 10 miesiącu księż. ciąży. Wzrost karlicy wynosił 116 cm., obwód miednicy 72 cm., *conjugat vera* 3 cm. ciąża pierwsza. Występujące bóle porodowe zmusiły do wykonania rękoczynu o kilka dni wcześniéj, aniżeli zamierzono. Do desinfekcyi użyto tymolu. Przebieg operacyi nic nie przedstawiał szczególnego. Pacyjentka dotąd ma się zupełnie dobrze, nie gorączkuje. Również płód zupełnie jest zdrowym. Według dotychczasowych tutaj zebranych spostrzeżeń, jeżeli w ciągu czterech dni po operacyi gorączka nie występuje, można chorą uważać za ocaloną.

Z innych przypadków z kliniki prof. K. Brauna zasługuje na krótką wzmiankę następujący: Przed kilku tygodniami przybyła kobieta, u któréj rozpoznano ciążę pozamaciczną. Chorą zatrzymano w klinice w zamiarze dokonania we właściwym czasie laparotomii. Podczas gdy się zastanawiano, czy nie lepiéj by było dla choréj wykonać punkcyję przez tylne sklepienie pochwy, lub według Frerichsa i Kehrera przez zastrzyknięcie do worka płodowego morfinu lub atropinu wywołać obumarcie płodu, (jeden z ekscentrycznych ginekologów amerykańskich proponuje wprowadzenie do worka drutu bateryi elektrycznéj i zabicie płodu iskrą elektryczną), dostrzeżono zniknięcie tonów sercowych nad guzem. Obrzęk miasto powiększać się, zaczął się powoli zmniejszać, aż w końcu przed paroma dniami odeszły wraz z kałem przy oddawaniu stolca kosteczki. Były to: kość udowa, dwie kości goleniowe i strzałka. Tym sposobem zapewne cały płód będzie wkrótce wydalonym, a pacyjentka wyleczoną.

Prof. Billroth wykonał w sobotę 29 stycznia resekcyję i ekstirpacyję części odźwiernikowéj żołądka u kobiety 48 letniéj, cierpiącéj na raka żołądka w téj części. Chora dotąd żyje, objawów zap. otrzewnéj dotąd stwierdzić nie można. Nie będąc sam obecnym przy operacyi, nie umiem podać bliższych szczegółów.

Uderzającym jest nagły wzrost śmiertelności między dziećmi w Wiedniu na zapalenie opłucnéj. Prof. Widerhofer zauważył, że podczas gdy w latach poprzednich liczba dzieci leczonych w szpitalu św. Anny, nie dochodziła w ciągu roku stu, w tym roku (szkolnym) przekroczyła już 160. Przyczyna téj niby epidemii niewyjaśniona.

Z ostatnich dwóch posiedzeń Towarzystwa lekarzy wiedeńskich najważniejszą była rozprawa, wywiązana nad odczytem prof. Rosenthala: *„Zur Charakteristik der Myelitis und Tabes"*. Prof. Rosenthal zbijał zdanie Erba, że kiła żadnego nie ma wpływu na powstawanie uwiądu rdzenia pacierzowego. Prof. R. uważa kiłę nietylko za jednę z głównych przyczyn powstawania wiądu, ale także za jeden z etyjologicznych jego momentów. Obecni na posiedzeniu neuropatologowie zgodzili się z zapatrywaniami prof. Rosenthala.

Jutro zbiera się kolegijum doktorów na nadzwyczajne posiedzenie. Przedmiotem obrad będzie wniosek prof. okulistyki Jaegera, aby zamianować Dra Karola księcia Bawarskiego członkiem honorowym Towarzystwa. Prof. Jaeger, w piśmie wystosowanem do prezesa Towarzystwa, podnosi zasługi księcia, że ten nietylko mimo stanowiska, jakie mu urodzenie nadało, poświęcił się tak mozolnéj i zmudnéj nauce, jak lekarska, ale także jest znakomitym i szczęśliwym operatorem, jak tego dowodzą liczne operacyje wykonane przez księcia w klinice prof. Jaegera. W końcu prof. Jaeger wielkie pochwały oddaje pracom naukowym księcia Karola w zakresie anatomii patologicznéj oka.

W tych dniach ogłosi urzędowa *Wiener Ztg.* nominacyje prof. Alberta na katedrę chirurgii, a prof. Kaposiego na katedrę dermatologii. Nominacyja prof. Alberta bardzo się Niemcom nie podoba. Przypisują ją oni naciskowi deputowanych czeskich na rząd Jednak minister oświaty w swojém postanowieniu nie był niczém krępowany. Prymaryjuszem oddziału chirurgicznego w szpitalu powszechnym zostanie jak się zdaje asystent i zastępca śp. Dumreichera Dr. Nicoladoni.

Namiestnictwo Dolnéj Austryi zamierza wprowadzić reformę w wydawaniu z aptek lekarstw na receptę. Według nowego projektu ma być lekarz na przyszłość obowiązanym napisać na recepcie datę, nazwisko i mieszkanie pacyjenta, dla którego lekarstwo przeznaczone, daléj umieścić wyraźny swój podpis i podać miejsce swojego zamieszkania. Aptekarz prócz pieczęci ma na recepcie umieścić datę i godzinę wydania lekarstwa, daléj ekspedyjent ma się na każdéj recepcie podpisać. Aptekarze bardzo agitują przeciw temu projektowi.

Wiedeń 30 Stycznia 1881 r. *Dr. Kopff.*

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu 2 (do 8 stycznia) ospa złagodniała w Londynie. Zapadło świeżo 85, leczyło się w szpitalach 471, umarło 33. W Wiedniu umarło 16, w Budapeszcie 10, w Pradze 7, w Paryżu 20, w Maladze 8. W Madrycie umarło od 15—21 listopada 30. Z duru brzusznego umarło w Paryżu 63, w Petersburgu 30. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 9, w Madrycie od 15—21 listopada 6. Odra szerzy się gwałtownie w Paryżu i Londynie, płonica i błonica w Stokholmie. W tygodniu 3 umarło w Krakowie: 4 z ospy, 2 z płonicy 1 z błonicy, 1 z krztuśca, 3 z duru brzusznego, 2 z czerwonki, a doniesiono w tymże czasie o 2 przypadkach ospy, 1 ospicy, 8 płonicy, 2 błonicy, 1 odry, 2 krztuśca, 3 duru brzusznego, 1 róży.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 2 (do 8 stycznia) umarło na 1000 mieszkańców i na rok w Krakowie 36.6; we Lwowie 36,5; w Poznaniu 28.5; w Wiedniu 27,7; w Budapeszcie 34,1; w Pradze 39.5; w Tryjeście 25,5: w Berlinie 23,3; w Monachijum 30,4; w Gdańsku 28,0; w Dreźnie 21,0; w Lipsku 21,0; w Genewie 21,5; w Brukseli 18,8; w Amsterdamie 19,0; w Hadze 18,0; w Paryżu 25,7; w Londynie 21,3; w Kopenhadze 15,5; w Stokholmie 31,6; w Chrystyjanii 13,8; w Petersburgu 43,9; w Odesie 30,4; w Wenecyi 32,5; w Bukareszcie 29,1; w Madrycie 37,4; w Lisbonie 26,7; w Aleksandryi 43,5; w Bombayu 29,5; w Madrasie 38.9 *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 2 lutego. D. 19 bm. odbędzie się we Lwowie w sali Domu Narodnego bal urządzony przez Towarzystwo lekarskie galicyjskie na korzyść funduszu żelaznego wsparcia wdów i sierót po lekarzach. Towarzystwo lekarskie galicyjskie zaprasza na ten bal wszystkich lekarzy, rozsyłając karty wstępne, podpisane przez prezesa Dra Biesiadeckiego i przewodniczącego sekcyi lwowskiéj Dra Czyżewicza, a na kartach tych znajdujemy uwagę, że nadesłane datki przyjmuje skarbnik Sekcyi lwowskiéj. Jest to już drugi bal na ten cel przez Tow. lek. gal. urządzony, a pierwszy, który się odbył w lutym 1879 r., wypadł świetnie pod każdym względem i przysporzył funduszowi znaczną bardzo na nasze stósunki sumę pieniężną. Znając energiję i wpływy Prezesa Tow. lek. gal. i poświęcenie się jego dla interesów Towarzystwa, nie wątpimy wcale, że i tym razem fundusz wdów i sierót po lekarzach zasili się kwotą pokaźną; nie wątpimy też, że koledzy tutejsi *pro virili parte* przyjdą w pomoc tak chwalebnemu przedsięwzięciu, i dla tego chętnie podejmujemy się zbierania datków, celem przesłania ich w swoim czasie do Lwowa.

* **Budapeszt.** W półroczu zimowém zapisanych jest na Wydziale lekarskim 804 zwyczajnych i 64 nadzwyczajnych słuchaczów medycyny, razem 868, nadto 185 farmaceutów. Wykłada na tym Wydziale 14 zwyczajnych, 7 nadzwyczajnych profesorów i 22 docentów prywatnych.

* **Mianowania i odznaczenia.** Dr. Hertwig mianowany został prof. zwyczajnym anatomii opisowéj w Jenie w miejsce Schwalbego. — Docent elektroterapii w Budapeszcie Dr. Karol Kétli otrzymał tytuł profesora nadzw. — Prof. w szkole weterynaryjnéj w Budapeszcie Dr. Ludwik Thanhofer otrzymał tytuł i charakter nadzw. profesora uniwersytetu. — Dr. Jan Csokor mianowany profesorem zwyczajnym w zakładzie weterynaryjnym we Wiedniu. — Proff. Waldeyer w Strasburgu, Ackerman w Hali, Förster we Wrocławiu, Rühle w Bonnie i radca ministeryjalny Dr. Wasserfuhr w Strasburgu otrzymali order pruski orła czerwonego. — Dr. Leon Popow, docent w Petersburgu, mianowany został nadzw. profesorem kliniki terapeutycznéj w Warszawie.

* Namiestnik w Galicyi zamianował: Dra Karola Bendę lekarzem powiatowym II klasy w Brodach, Dra Oresta Litwinowicza koncepistą sanitarnym, przydzielając mu czynność lekarza powiatowego w Jaworowie, Dra Henryka Lica asystentem sanitarnym w Brzozowie i Dra Zenona Friedmanna asystentem sanitarnym w Bóbrce: przeniósł zaś Dra Józefa Tugendhata, lekarza powiatowego, z Brodów do Biały i asystentów sanitarnych Dra Teodora Pawlasa i Dra Emila Decykiewicza, pierwszego z Brzozowa do Chrzanowa, drugiego z Bóbrki do Kolbuszowy.

* **Wiadomości osobowe.** Stopień doktora w. n. lek. otrzymał w Uniw. Jagiell. p. Andrzej Obrzut, rodem z Siołkowéj w Galicyi.

* **Nekrologija.** D. 25 stycznia rb. umarł w Warszawie w 41 roku życia Dr. Stanisław Chomentowski, psychijatra, kierownik prywatnego zakładu dla obłąkanych, zięć poety Odyńca.

W Nancy umarł profesor chirurgii Dr. Rigaud w 75 roku życia.

* Otrzymaliśmy następujący list z Tarnowa:

Sekcyja tarnowska Tow. lek. gal. uchwałą, na dniu 29go stycznia 1881 powziętą, postanowiła uczcić wspólną biesiadą 50-letnią rocznicę zawodu lekarskiego kolegi D. Rosnera, wybierając na gospodarzy zastępcę przewodniczącego sekcyi Dra Kowalskiego i jéj sekretarza Dra Schützera. D. 1 bm. o godzinie 8 wieczór w pięknie przystrojonéj sali hotelu krakowskiego w Tarnowie czekało na przybycie Jubilata 50 osób, a mianowicie wszyscy naczelnicy władz miejscowych, trzech synów Jubilata, adwokaci, lekarze, liczny zastęp obywateli tak Tarnowa jak i okolicy. W chwili, gdy Jubilat pojawił się w sali, zagrzmiała muzyka, a obecni spieszyli składać Mu swoje życzenia. Wśród wieczerzy zabrał pierwszy głos jako gospodarz Dr. Kowalski w następujących słowach: „Szanowny Jubilacie! Pół wieku temu, gdy jako wyzwoleniec szkoły peszteńskiéj otrzymałeś dyplom lekarski, pół wieku temu, gdy jako czerstwy młodzian mijałeś modre fale Dunaju spiesząc nad wartki potok Dunajca, aby w tym starym grodzie rozpocząć zawód lekarza praktycznego. Pół wieku działalności zawodowéj człowieka, to fakt nie zbyt częsty, tém ci rzedszy w życiu lekarza praktycznego, walczącego ciągle z chorobami zaraźliwemi, wśród któréj to walki czas jego pracy podwójnie się liczy. Pół wieku praktyki lekarskiéj, to 18,262 dni, 18,262 nocy poświęconych cierpiącéj ludzkości. Ktokolwiek w życiu badał bliżéj zawody i powołania ludzi, ktokolwiek bliżéj rozpatrzył się w życiu praktycznego lekarza na prowincyi, przyznać musi, że zawód ten jest bardzo ciężkim, a nawet najmozolniejszym na świecie. I zaprawdę! wszak ptak ma gniazdo, pszczoła ul, w którym odpoczywają po pracy, każdy stan znajduje wytchnienie po trudach z wyjątkiem lekarza-praktyka. Bo jakżeż nie spieszyć z pomocą, gdy w nocy wzywa sierota do owdowiałéj matki? jakżeż można odmówić pomocy wśród śnieżnéj zamieci stroskanemu ojcu o życie swego jedynego dziecka? jakżeż nie podążyć do sąsiada podczas burzy i grzmotów, gdy z rany jego krew tryska? Szanowny Jubilacie! że w duchu tym przez 50 lat pracowałeś, że godnie odpowiedziałeś swemu powołaniu, że dobrze zasłużyłeś się mieszkańcom Tarnowa i jego okolicy, na to najlepszą rękojmią obok licznych owacyj, jakie Cię dziś w Twym domu spotkały, dzisiejsza tu dla Ciebie urządzona biesiada, do któréj tylu dostojników i obywateli Tarnowa i okolicy zasiada. Lecz nie na tém koniec Twéj 50 letniéj działalności. Groszem w pocie czoła zdobywanym wychowałeś swych synów na zacnych obywateli kraju, sposobiąc trzech do téj ciężkiéj służby, któréj sam się przez pół wieku oddawałeś, a czwartego złożyłeś na ołtarzu ojczyzny. Jeden z tych synów był moim profesorem, a jędrnym i praktycznym swym wykładem umiał wpoić w nas zasady téj nauki, któréj celem ulżyć cierpiącéj ludzkości. W imieniu więc sekcyi tarnowskiéj Tow. lek. gal., w imieniu obywateli miasta Tarnowa, którzy wspólnie z nami tą biesiadą Cię uczcili, życząc Ci jeszcze mnogich lat czerstwego zdrowia na pożytek cierpiącéj ludzkości i na szczęście Twych synów i wnuków, wnoszę okrzyk niech żyje Jubilat D. Rosner." — Następnie odczytano liczne telegramy zaproszonych a nieobecnych gości, a między niemi serdeczny list Jego Ekscelencyi ks. Biskupa Pukalskiego, który li tylko z przyczyny przyjazdu ks. Biskupa z Gniezna osobistego udziału wziąść nie mógł. — Po licznych kolejnych toastach w imieniu Jubilata przemówił najstarszy syn jego prof. Antoni Rosner a dziękując za uczczenie do łez wzruszonego ojca, w swéj pełnéj serca przemowie podnosząc głównie, że świat wprawdzie rozumem i orężem podbić lecz serca ludzi tylko miłością sobie zjednać można, wniósł zdrowie i pomyślność Sekcyi tarnowskiéj Tow. lek. gal. i obywateli Tarnowa. — Uczta zakończyła się staropolskiém „kochajmy się," które w pięknych i serdecznych słowach wygłosił pełnomocnik dóbr hrabstwa tarnowskiego p. Józef Krasicki.

Dr. Schützer.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W Gazecie Lekarskiéj Nr. 5: Przewóskiego: *Gynaekomastia* (dok.); Matlakowskiego: Obecne stanowisko metody Listerowskiéj (c. d.) — W *Medycynie* Nr. 5: Z. Kramsztyka: O paralitycznym wrzodzie rogówki (dok.)

Redakcyja otrzymała:

Prof. A. TAMASSIA (w Pawii): Dell' azione del pneumogastrico nella morte per appiccamento, Reggio nell' Emilia 1880, in 8vo str 85. (Z pracy téj niebawem zdamy sprawę).

Na rzecz funduszu dla wdów i sierót po lekarzach złożyli w Redakcyi koll. Ściborowski i Blumenstok po 5 złr., Buszek 4 złr., Obaliński 2 złr.

Do Nru dzisiejszego dołącza się: Prospekt na Słownik terminologii lekarskiéj polskiéj mający wyjść w lipcu rb.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj pół tora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Ulica Podwale Nr. 84.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Boulv. Voltaire 180, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 12 lutego 1881. №. 7. Rok XX.

I. Sprawozdanie z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego z lat czterech (tj. od roku szkolnego. 1874/5 do roku szkolnego 1878/9).

V.

Choroby narządu ruchowego.

Przez Dra H. Schramma.

Choroby narządu ruchowego (432 przyp.) były przedmiotem leczenia przeważnie w klinice ruchoméj (389 przyp.), zaś w klinice stałéj leczono w tym przeciągu czasu tylko 43 przyp. Ponieważ u chorych przychodnich, którzy zazwyczaj tylko raz przedstawiają się w klinice, ściślejsza obserwacyja jest niemożebną, przeto w sprawozdaniu niniejszém wypadnie nam polegać przeważnie na szczupłym materyjale kliniki stałéj, co tłumaczy dostatecznie liczne niedokładności sprawozdania.

1) Zapalenia stawów dostarczyły 161 przypadków, z których, po odciągnięciu 7 przyp. zapalenia stawów trypowego, 1 przyp. zap. kiłowego i 1 przyp. zapalenia dnawego, pozostaje 152 przyp. samoistnego czyli tak zwanego reumatycznego zapalenia stawów, nad którém najpierw pokrótce zastanowić się nam wypada, przyczém przeważnie opierać się będziemy na 31 przyp. zap. samoistnego stawów, leczonych w klinice stałéj.

Ogólnie przyjętém jest zdanie, że przyczyną najczęstszą zapalenia samoistnego stawów jest przeziębienie, i to tak dalece, że chorobę tę prawie powszechnie zaliczają do chorób powstałych z przeziębienia (*Erkältungskrankheiten*). Zdanie to jednak zdaje się należeć do licznych jeszcze dotąd w nauce lekarskiéj „dogmatów“, które, odziedziczone po przodkach i osłonięte powagą wieków, przenosząc się z ust do ust tak się ustaliły w umysłach lekarzy i chorych, że już samo powątpiewanie w tym względzie ściąga na siebie zarzut nowatorstwa niczém nieusprawiedliwionego. I w nowszych czasach, pomimo że one odznaczają się dążnością do wytłumaczenia właściwéj podstawy poszczególnych chorób, a etyjologija chorób stała się ulubionym tematem badania, mało kto odważy się wystąpić jawnie z twierdzeniem, że tak zwany gościec stawowy ostry tylko w rzadkich przypadkach powstaje skutkiem przeziębienia. Natomiast silą się lekarze, by bliżéj określić pojęcie przeziębienia, by w sposób doświadczalny wykazać zmiany, jakie sprawia w ustroju nagłe ochłodzenie powierzchni ciała, by wreszcie dociec, w jaki to sposób skutkiem przeziębienia powstają zmiany zapalne w stawach. Z prac tych wynikło mnóstwo „teoryj przeziębienia“, które istotnie przyczyniły się do bliższego wyjaśnienia sposobu, w jaki nagłe ochłodzenie ciała działa szkodliwie na ustrój, ale zarazem mnóstwo „teoryj reumatyzmu“, które nietylko że nie tłumaczą dostatecznie związku między przeziębieniem a zapaleniem stawów, jaki niekiedy niewątpliwie istnieje, ale nadto opierając się na fałszywéj podstawie co do częstości i przesadzając w wyłączności nie uwzględniają znaczenia i ważności innych czynników, które obok przeziębienia również mogą wywołać zapalenie stawów. Obniżenie nagłe ciepłoty krwi w naczyniach obwodowych i ztąd szkodliwy wpływ na sprawy odżywcze; zadrażnienie nerwów obwodowych i przeniesienie bodźca na ośrodki naczynioruchowe, i wywołanie w ten sposób w zmęczonych przez nadmierne ruchy stawach sprawy zapalnéj; powstrzymanie wydzielania kwasu mlekowego, wytworzonego przez silne ruchy mięśni, poprzedzające zwykle zaziębienie; rozszerzenie naczyń i otwarcie niejako tym sposobem drogi do wnętrza ustroju pewnym swoistym pasorzytom: oto kilka najwięcéj rozpowszechnionych teoryj. W naszych przypadkach chorzy, zapytywani, czemu przypisują przyczynę choroby, wprawdzie w większéj połowie odnosili chorobę do przeziębienia, jednakże dokładniejsze badanie wykazywało, że był to prosty domysł ze strony chorych w istocie rzeczy niczém nieusprawiedliwiony, z którym nietylko przy zapaleniu stawów, ale i przy każdéj niemal innéj chorobie, tak często się spotykamy. Z chorych kliniki stałéj tylko w 2 przyp. można było przyznać przeziębieniu istotne znaczenie przyczynowe, a mianowicie u praczki, która podczas ostrego mrozu kilkakrotnie wychodziła na dziedziniec z mocno ogrzanéj pralni i już wieczorem tego

samego dnia uczuła pierwsze bóle w stawach i u kucharza, który mocno zgrzany, podczas zimnego wieczora wczas na wiosnę, przez dłuższy czas plewił w ogrodzie i mocno przemarzł. Z pośród chorych przychodnich tylko u 6ciu można było uważać przeziębienie jako istotną przyczynę choroby, między nimi było 2 flisaków, którzy przy uwięzgnięciu galaru na mieliźnie przez cały czas pracować musieli po pas w wodzie i w przemoczoném ubraniu spali na galarze podczas bardzo chłodnéj nocy. Mieliśmy tu na uwadze chorych, którzy pierwszy raz w życiu przebywali ostre zapalenie stawów. Co się zaś tyczy chorych z ostrém zapaleniem stawów, którzy chorobę tę raz lub kilka razy w życiu już przebywali, lub u których po przebyciu ostrego zapalenia pojawiały się od czasu do czasu bóle stawowe lub mięśniowe, to istotnie w przeważnéj liczbie przypadków powrót choroby poprzedzało zaziębienie się, co jednak, tak samo jak w wielu innych chorobach, nie zmusza jeszcze do koniecznego wniosku, by przeziębienie — przynajmniéj we wszystkich bez wyjątku przypadkach — musiało być istotnym a nie zwykłym, okazyjonalnym, momentem etyjologicznym. Chorzy z przewlekłemi zmianami odżywczemi w stawach nietylko że podawali prawie bez wyjątku przeziębienie jako przyczynę pogorszenia się choroby, ale początek choroby odnosili, w sposób bardzo na wiarę zasługujący, do przeziębienia, wilgotnego mieszkania, częstego przemakania, sypiania na trawniku lub na wilgotnéj i zimnéj podłodze.

Jestem tylko rzecznikiem zapatrywań wyznawanych w klinice lekarskiéj krakowskiéj, jeżeli przedstawię w streszczeniu najważniejsze szczegóły odnoszące się do zapatrywania na etyjologiję zapaleń stawów nie wchodzących w zakres chirurgii: Przedewszystkiem wyłączyć należy z ogólnego pojęcia tak zwanego gośćca stawowego wszystkie zapalenia stawów, tak ostre jakoteż przewlekłe, gdzie przyczyna takowych daje się odnieść do istniejącéj lub niedawno przebytéj choroby np. czerwonki, trypra, kiły, płonicy, duru itp. lub do istniejącego, a obecnemi sposobami badania wykryć się dającego, zboczenia w przemianie pierwiastków np. dny. Pozostała liczba przypadków, w których dla zapalenia stawów nie można znaleźć żadnéj podstawy w ustroju, stanowić dopiero powinna w systemie nosologicznym osobny dział tak zwanego gośćca stawowego czyli zapalenia gośćcowego stawów, które stosowniéj może nazywać się zapaleniem samoistném czyli idyjopatyczném w przeciwstawieniu do zapaleń będących objawem lub następstwem innych chorób. Otwarcie lepiéj wyznać, że właściwa podstawa tych chorób jest nam zupełnie nieznana, aniżeli łudzić się teoryjami, z których każda jest niedostateczna. Przyszłe badania niewątpliwie rozjaśnią bliżéj tę ciemną dotąd kwestyję. Zapatrując się bez uprzedzenia wynaleźć można w objawach i w przebiegu choroby wiele szczegółów, które zdają się przemawiać za tém, że ostre zapalenie stawów lub rozwijające się z takowego zapalenie przewlekłe nie polegają na jednéj i téj saméj podstawie jak zapalenie stawów od początku przewlekłe i że obiedwie te choroby pod względem etyjologicznym różnią się między sobą. Przeziębienie rzadko daje powód do zapalenia stawów ostrego, właściwa przyczyna takowego jak dotąd jest zupełnie nieznana. Zapalenie chroniczne stawów, jak niemniéj bóle mięśniowe zwane reumatycznemi, powstają najczęściéj skutkiem przeziębienia lub skutkiem dłuższego i częstszego wpływu wilgoci i nagłych zmian ciepłoty.

Co do płci, opierając się na cyfrach kliniki ruchoméj nadmienić nam wypada, że płeć męzka, jak to powszechnie jest znaném, daleko częściéj ulegała zapaleniu stawów aniżeli płeć żeńska. Z samoistném ostrém zapaleniem stawów zgłosiło się bowiem 21 mężczyzn a tylko 11 kobiet; z zapaleniem przewlekłém 52 mężczyzn a 37 kobiet. Co do wieku, według spostrzeżeń z kliniki ruchoméj, zapalenie ostre przydarzało się najczęściéj u ludzi między 20—40 r. ż. i to z równą częstością od 20—30, jak od 30—40 r. ż.; zapalenie przewlekłe było najczęstszém między 30—40 rokiem życia, co niezupełnie zgadza się ze statystyką Leberta (*Klinik des acuten Gelenkrheumatismus* str. 107), według którego z pomiędzy 230 przyp. zapalenia ostrego 195 chorych (84,5) było między 16—40 r. ż., a największy procent częstości przypadał na chorych między 20—25 r. ż. Również nie możemy potwierdzić zdania Leberta, że zapalenie ostre stawów przed 30 r. życia nagabuje częściéj kobiety, po 30tym roku częściéj mężczyzn. Jak dalece przebycie jednorazowe zapalenia samoistnego stawów usposabia do nawrotów choroby, widać najlepiéj z następującego zestawienia: Z pomiędzy 31 chorych kliniki stałéj 21 uległo chorobie po raz pierwszy, 4 nawiedziła choroba po raz drugi, 2 po raz trzeci, 1 po raz czwarty, a 3 chorych nie umiało dokładnie podać liczby nawrotów choroby, a więc 10 chorych czyli przeszło 32% ulegało chorobie nie po raz pierwszy. Daleko częściéj jeszcze przydarzają się nawroty według obliczenia Leberta (l. c. str. 109), gdzie na 53 chorych tylko 27miu czyli 50,9% zgłaszało się po raz pierwszy, reszta już z nawrotami choroby. Okoliczność tę wytłumaczyć można przypuszczając, że stawy uległszy raz sprawie zapalnéj stają się miejscem mniejszéj oporności, tak że szkodliwe czynniki w ogóle, a w szczególności bliżéj nieznane czynniki chorobowe, pośredniczące w powstawaniu zapaleń stawów, łatwiéj wywołują w nich zmiany odżywcze, aniżeli w innych całkiem jeszcze zdrowych narządach.

Mało znanym dotąd jest wpływ urazów na powstawanie wielostawowego zapalenia, a ważna ta sprawa zdaje się być zupełnie nieznaną lekarzom niemieckim. W poliklinice mieliśmy dwa przypadki, które zdają się wykazywać, że urazowe zapalenie jednego stawu może pociągać za sobą przewlekłe zmiany zapalne nietylko w sąsiednich ale nawet i w odległych stawach: chory lat 45 liczący, z zawodu kowal, który poprzednio był zawsze zupełnie zdrów, przed dwoma laty skutkiem uderzenia ciężkim młotem nabawił się zapalenia stawu nadgarstkowego lewego, które trwało dwa miesiące; przy końcu drugiego miesiąca pojawiło się bolesne obrzmienie stawu barkowego lewego, w pół roku późniéj powstał ból w stawie łokciowym prawym, a w rok późniéj, pomimo że chory zaprzestawszy pracować nie narażał się na żadne szkodliwości, mieszkał w suchém mieszkaniu i prawie całkiem z domu nie wychodził, pojawiła się choroba w stawach kolanowych; badanie wykazało u tego chorego zwykły obraz wielostawowego przewlekłego zapalenia bez zmian chorobowych w sercu. Drugi przypadek dotyczył służącego, lat 44 liczącego, u którego przed 3 laty po stłuczeniu się powstał ból w stawie skokowym lewym, 2 lata trwający, po roku pojawiła się bolesność stawu kolanowego lewego i stawu biodrowego prawego, a przed pół rokiem przybyła bolesność w stawie barkowym prawym; w stawie kolanowym lewym napotkano istotnie wysięk śródstawowy, połączony ze zgrubieniem części staw otaczających, powierzchnia stawowa w stawie barkowym prawym była nierówną a ruchy, tak czynne jakoteż bierne, były bardzo bolesne. Obydwaj chorzy nigdy poprzednio nie cierpieli na bóle

w stawach. Lekarze francuscy mówią także wiele o wpływie przebytego raz samoistnego zapalenia stawów na przebieg zapaleń urazowych stawów, jak niemniéj o powstawaniu wśród chorób chirurgicznych mnogiego zapalenia stawów, u ludzi, którzy już poprzednio chorobę tę przebywali. I tak Gosselin podaje, że u ludzi „z reumatyczną dyjatezą“ złamania w sąsiedztwie stawów lub zapalenia urazowe stawów znacznie trudniéj się goją i dłuższego wymagają czasu a niekiedy ustępują dopiero po zastosowaniu leczenia ogólnego. Verneuil (*Bull. de l'Acad. de med.* 1876, 2—4) widział w 11 przyp. u ludzi, którzy poprzednio przebywali gościec stawowy, odnowienie się choroby w stawach zazwyczaj już w kilka dni po złamaniu kości, ranach operacyjnych, zgnieceniach lekkich lub róży, a odnowieniu się zapalenia w stawach towarzyszyło niekiedy zapalenie osierdzia lub opłucnéj.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Kazuistyka sądowolekarska.

Sprawozdanie z ważniejszych przypadków podał prof. Dr. **Blumenstok**.

IX. Katastrofa w kopalni.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 6.)

Ze wszystkich pięciu ciał wyjęto nieco krwi z czaszek i takową w osobnych flaszeczkach przechowano i tegoż samego dnia badano. Wynik tego badania był następujący:

1) Badanie mikroskopowe. Krew ze wszystkich pięciu trupów pozostawszy płynną okazywała barwę ciemnowiśniową, która jednak po odkorkowaniu flaszek w skutek przystępu powietrza stała się znacznie jaśniejszą. W szczególności krew z trupa I była ciemno-czerwoną, a ciałka krwi były w wielkiéj części gwiaździstemi; tak samo we krwi trupa III; we krwi trupa II, IV i V ciałka były zupełnie prawidłowe, zachodziła tylko różnica co do barwy, albowiem krew z II była ciemno cynobrową, z IV prawie czarną, a z V jasno-cynobrową; we wszystkich próbach dopiero po upływie dwóch godzin krzepnienie pod mikroskopem zauważano.

2) Badanie chemiczne: Wszystkie próby oddziaływają kwaśno; wszystkie gatunki zmięszane z wodą destylowaną w stosunku jak 1 do 50, a następnie jak 1 do 75 i kłócone przez czas dłuższy okazują barwę jasno czerwoną i pianę białą. Części wszystkich prób zagotowane jużto to same, już téż to po dolaniu kwasu siarkowego nie burzą się i nie wydają woni jaj zgniłych. Tak samo nie okazuje reakcyi papier napawany azotanem srebrowym. Mała ilość krwi rozlanéj na miseczce porcelanowéj zmięszanéj z ługiem sodowym przedstawiają masę śluzową, ciemno-czerwoną, prawie czarną, która w cieńszych warstwach na naczyniu porcelanowém okazuje barwę zielonawo-brunatną.

3) Badanie widmowe. Celem przekonania się, czy krew z ciał wzmiankowanych pochodząca zawiera gaz kwasu siarkowodowego, nasycono naprzód krew od innego trupa wziętą tym gazem, przez co krew ta nabrała barwy bardzo ciemnéj, a badana za pomocą przyrządu widmowego okazała na widmie 3 smugi, jakie gaz ten zazwyczaj przedstawia. Przeciwnie krew z flaszeczek pod względem barwy jest o wiele jaśniejszą, a na widmie okazuje tylko 2 smugi między D i E. Następnie wprowadzono do krwi zwykłéj gaz kwasu węglowego, poczém krew ta nabrała barwy ciemnéj, podobnéj do krwi we flaszeczkach znajdującéj się, a na widmie okazała 2 smugi między D i E. Wreszcie krew z flaszeczek rozcieńczona znacznie za pomocą wody destylowanéj, przekonawszy się poprzednio, że na widmie daje 2 smugi między D i E, zmięszano z winianem żelazowym, poczém 2 smugi te znikły, a miejsce ich zajęła jedna tylko smuga, o wiele szersza niż każda z poprzednich.

Na podstawie tego badania krwi orzekliśmy: 1) że krew wszystkich pięciu ciał nie zawiera gazu kwasu siarkowodowego, ponieważ krew nie była całkiem ciemną, ciałka krwi były dobrze utrzymane, krew rozcieńczona miała barwę jasno czerwoną, odczynniki chemiczne nie okazały tego kwasu, a wreszcie próba widmowa okazała znaczną różnicę między tą krwią, a krwią, która sztucznie kwasem siarkowodowym była nasyconą; 2) że krew wszystkich pięciu ciał nie zawiera tlenku węgla, albowiem krew ta była ciemniejszą aniżeli bywa krew mieszcząca w sobie tlenek węgla, ponieważ próba sodowa była ujemną, próba zaś widmowa wykazala brak we krwi tego gazu. 3) Przez wykluczenie dwóch wspomnianych gazów wnosić wypada, że krew w mowie będąca mieściła w sobie gaz kwasu węglowego, za którym przemawia barwa i konsystencyja krwi, następnie okoliczność, że krew po zetknięciu się z powietrzem stała się jaśniejszą, a wreszcie, że próba widmowa okazała takie same smugi, jak we krwi nasyconéj tym gazem.

Na podstawie tak badania zwlok, jakotéż badania krwi i po uwzględnieniu wszystkich okoliczności wydaliśmy następującéj treści orzeczenie o przyczynie śmierci owych pięciu robotników:

1) U wszystkich 5 trupów znaleziono znaczną obrzękłość płuc, połączoną z przekrwieniem, które u jednego było mniej wybitném, u reszty zaś znaczném; daléj znaleziono u wszystkich zatoki żylne przepełnione krwią płynną, pod względem barwy i gęstości do syropu wiśniowego podobną. Okoliczność ta już przemawia za tém, że wszyscy 5ciu postradali życie z jednéj i téj saméj przyczyny.

2) Uwzględniając te zmiany, jakotéż miejscowość, gdzie, i medium, w którém zwłoki znaleziono, oraz zeznanie świadków, dochodzimy do wniosku, że ponieważ zmiany *sub* 1) łącznie z przekrwieniem organów brzusznych przemawiają za tém, że śmierć wszystkich była następstwem przerwania przystępu powietrza atmosferycznego, ponieważ nadto zwłoki wszystkich wydobyto z wody, ponieważ nakoniec śmierć wszystkich nastąpiła w kopalni, — dochodzimy do wniosku, że śmierć wszystkich 5ciu nastąpiła albo przez utonięcie, albo z gazów, któremi oddychać nie można. Gdy więc wszelki inny rodzaj śmierci stanowczo wykluczyć można, wypada nam zastanowić się tylko nad wspomnianemi dwoma rodzajami.

3) Za śmiercią z utonięcia przemawiają tylko zmiany anatomiczne, wyżéj opisane, obok okoliczności, że zwłoki faktycznie znaleziono we wodzie. Ponieważ atoli zmiany te anatomiczne nie cechują śmierci z utonięcia, a raczéj świadczą tylko o śmierci wynikłéj w ogóle z przerwania sprawy oddychania, leżenie zaś zwłok w wodzie bynajmniéj jeszcze nie przemawia za dostaniem się do wody człowieka żyjącego, więc oglądać się musimy za innemi jeszcze okolicznościami.

Otóż w danym przypadku przemawiają przeciw śmierci z utonięcia następujące okoliczności:

a) brak t. zw. sierotek, które zawsze prawie występują, jeżeli człowiek żyjący dostaje się do wody;

b) brak płynu w przewodach oddechowych i w żołądku; u 3 trupów żołądek nie zawierał wcale płynu, u 2 zaś wprawdzie znajdował się płyn w żołądku, ale płyn ten był

bezwonny, nie może więc pochodzić od medium otaczającego, t. j. od wody siarczanej, która ma woń charakterystyczną;

c) brak jasno-czerwonego zabarwienia błony śluzowéj, krtani i tchawicy oraz nastrzyknięcia takowéj, które to zmiany zawsze prawie towarzyszą śmierci z uduszenia i utonięcia;

d) brak większéj ilości piany w krtani i tchawicy, która u utonionych zawsze prawie się znajduje; śmierć z utonięcia nigdy prawie nie następuje nagle, lecz w przeciągu kilku minut; jeżeli zaś śmierć wynika z przeszkód w oddychaniu a piany w krtani i tchawicy nie ma, dowodzi to, że śmierć nastąpiła bardzo szybko;

e) wreszcie przemawiają przeciw utonięciu okoliczności towarzyszące nieszczęśliwemu zdarzeniu. Denaci zajęci byli robotą w horyzoncie III, gdy woda zaczęła ściekać z horyzontu II. Przypuściwszy nawet, że przypływ wody od razu był znaczny, to przecież woda musiała naprzód wypełnić bagno IV, zanim dostać się mogła do horyzontu III. Że woda nie zalała szybko tego horyzontu, wynika ztąd, że jeden z robotników zdołał się ratować ucieczką, a co ważniejsza, że reszta robotników, t. j. denaci, choć wołali o pomoc, przecież daléj kopali. Pomimo więc ściekającéj wody mogliby i oni ocalcć, bo trudno przypuścić, aby woda tak prędko ich pokryła, gdyby od razu byli się poznali na tém, że oprócz wody grozi im jeszcze co innego, o wiele niebezpieczniejszego. A że im od samego początku inne niebezpieczeństwo groziło, dowodzi okoliczność, że Stanisław T. uciekając nie widział drabiny, „bo go oczy mocno bolały“. Znaczenie tego bólu późniéj wyjaśnimy.

Z tych powodów wykluczamy stanowczo śmierć z utonięcia; nie przeczymy zaś, że trupy leżały na wodzie, owszem przemawia za tém nawet po części fakt, że na wszystkich trupach najwybitniejsze plamy pośmiertne znachodziły się na twarzy, gdyż doświadzenie uczy, że rozkład ciała, które leżało we wodzie, rozpoczyna się od twarzy; nie mogły zaś ciała leżeć długo we wodzie, a mianowicie nie dłużéj nad kilka godzin, w przeciwnym bowiem razie skóra na dłoniach i stopach byłaby wymoczoną, wybieloną, pomarszczoną, czego nie było.

4) Pozostaje więc tylko śmierć z gazów nieoddychalnych. Ze względu na miejsce, w którym śmierć owych pięciu ludzi nastąpiła, w danym przypadku zasługują tylko na uwagę: gaz bagienny, gaz H_2S, gaz CO i CO_2.

a) Gaz bagienny staje się w kopalniach nader niebezpiecznym dla robotników wśród wybuchu; zresztą nie jest trujący, więc odpada.

b) Z góry przypuściliśmy, że przyczyną nieszczęścia stał się gaz H_2S, jako z wody siarczanéj wywięzujący się; jednak już podczas sekcyi nasunęła się nam wątpliwość, ponieważ krew nie była czarną; następnie badanie mikroskopowe nie wykazało zniszczonych krążków krwi, a wreszcie badanie chemiczne i widmowe gazu tego również nie wykazało.

c) Przeciw gazowi CO przemawia ciemna barwa krwi, próba sodowa a głównie próba spektralna.

d) Pozostaje więc tylko gaz CO_2, za którym z góry przemawiała barwa i gęstość krwi podobnéj do syropu wiśniowego oraz barwa jaśniejsza, która wystąpiła za przystępem powietrza atmosferycznego, a za tém przypuszczeniem przemawiać się zdaje i próba spektralna.

5) Z tego powodu orzekamy ostatecznie, że śmierć owych pięciu ludzi nastąpiła skutkiem otrucia się gazem CO_2.

6) Powstanie nieszczęścia tłumaczymy w następujący sposób: Gaz CO_2 znachodzi się w piwnicach, jamach, kopalniach, do których mało powietrza atmosferycznego dochodzi, zwłaszcza w bagnach; mógł więc znajdować się oddawna i w bagnie V, pomimo że nikt o tém nie wiedział. Gaz ten bowiem jest o wiele gęstszym niż powietrze atmosferyczne, ztąd to pochodzi, że zajmuje warstwy dolne i że w miejscu takiém bez szkody dla zdrowia pozostawać może człowiek, podczas gdy zwierzęta małe giną; tym sposobem tłumaczy się także, że człowiek schylający się w takiém miejscu traci przytomność, a często i życie. Gaz ten więc mógł być nieszkodliwym dla robotników, dopóki znajdował się w samém bagnie V. Jeżeli zaś woda z horyzontu III zaczęła ściekać do tego bagna, wtedy gaz jako lżejszy gatunkowo od wody musiał unosić się nad zwierciadło wody i dostać się wreszcie do horyzontu III, gdzie denaci pracowali. Gaz CO_2 wywołuje u człowieka zrazu tylko lekkie odurzenie, szum w uszach, łzawienie, ból piekący a nawet zamglenie w oczach; zgadza się to więc z tém, co podaje Stanisław T. W miarę jednak większego zgęszczenia pociąga za sobą odurzenie silniejsze, a głównie nadzwyczajne osłabnięcie mięśniowe, dla którego człowiek, jakkolwiek jeszcze dosyć przytomny, nie jest w stanie utrzymać się na nogach, a tém mniéj czynić pewne wysilenia celem ratowania się. Z tego to powodu robotnicy nie wydaliwszy się z początku, gdy woda zaczęła ściekać, późniéj już wydalić się nie mogli.

7) Nie zmienia stanu rzeczy okoliczność, że w horyzoncie III zastano palący się kaganiec, gdyż nie ulega wątpliwości, że w powietrzu nasyconém gazem CO_2 człowiek otruć się już może, podczas gdy światło jeszcze nie gaśnie. Przeciwnie ciągłe palenie się kagańca w miejscu, gdzie tak mało znajduje się tlenu, musiało przez pochłonięcie resztek takowego robotnikom tylko szkodzić.

8) Gaz CO_2 zabija dosyć szybko, oczywiście tém prędzéj, im więcéj onego znajduje się w powietrzu; w samym zaś gazie CO_2 śmierć następuje w przeciągu 1—3 minut. Ile w horyzoncie III było gazu tego, oznaczyć nie możemy, ale musiało go być bardzo dużo, a śmierć owych 5 ludzi musiała nastąpić bardzo prędko, skoro, jak wyżéj powiedziano, brak piany w krtani i tchawicy przemawia za śmiercią szybką.

9) Z przedstawienia naszego wynika, że nieszczęście powstało skutkiem spuszczenia się wody z horyzontu II do bagna V; ocenienie zaś z jakiego powodu woda spuszczała się w chwili, gdy robotnicy pracowali, już nie do nas należy

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

Nauka położnictwa dla uczniów i lekarzy, napisana przez Dra Henryka Jordana. (Kraków 1881).

W obec coraz żywszego ruchu, jaki panuje od lat kilkunastu w piśmiennictwie lekarskiém polskiem, czuć się dawał brak dzieła o położnictwie, któreby odpowiadało dzisiejszym wymogom naukowym, a zarazem było praktyczném do nauki dla ucznia i podręcznikiem dla lekarza praktycznego. Z radością przeto witamy dział I zapowiedzianego dzieła Dra Jordana, a przejrzawszy takowy możemy śmiało powiedzieć: że całość nie tylko wypełni lukę, jaką dotkliwie czuć było, ale stanie się prawdziwą ozdobą naszego piśmiennictwa.

Część dzieła, o któréj mowa, obejmuje teoretyczny dział nauki o położnictwie, tj. omawia anatomię narządu ro-

dnego i miednicy, dalej fizyjologiję tychże części przed i podczas ciąży, podczas porodu, a wreszcie podczas połogu, a w końcu kwestyje tyczące się noworodka. W części fizyjologicznéj przy każdym z pomienionych stanów mieści się dyjagnostyka i dyjetetyka.

Układ książki odznacza się nader łatwym przeglądem, ważnym tak dla ucznia jak i lekarza, którąkolwiek bowiem weźmiemy kwestyję, znachodzimy razem ugrupowane wszystko, co nas w niéj interesować może. Po omówieniu każdéj kwestyi w całości następuje wyszczególnienie źródeł, tak że niemal każden ważniejszy ustęp zakończony jest wyczerpująco zebraną i zestawioną literaturą, czego aby dokonać z tą dokładnością i akuratnością, musiał był autor nie szczędzić przykréj, żmudnéj i prawdziwie mrówczéj pracy.

Sposób przedstawienia rzeczy odznacza się zwięzłością i jasnością, książka czyta się nader łatwo, zdania bowiem są krótkie, nigdzie nie ma długich zawikłanych okresów, jakie często w niemieckich dziełach spotykamy, gdzie dopiero trzeba mozolić się nad rozwikłaniem, aby nie utracić wątku. Obok ustępów ściśle teoretycznych, w których autor różne zdania zestawił, znachodzą się ustępy więcéj praktyczne, w których się mieszczą własne zdania autora, a które w obec pierwszych zdradzają nam wymownie pisarski talent autora. Za przykład mogą posłużyć: ustęp o siłach porodowych, dyjetetyka porodu, mechanizm położeń miednicowych i wiele innych, które są napisane tak pięknie, że nic do życzenia nie pozostawiają, po pierwszém bowiem zaraz przeczytaniu nie tylko rzecz rozumiemy, ale nadto przedstawiają nam się żywo przed oczyma pięknie wycieniowane obrazy.

Styl jest wszędzie prosty i gładki. Język odznacza się poprawnością; wyrazy raz użyte powtarzają się zawsze teżsame aż do końca książki, nigdzie autor w różnych miejscach dzieła nie używa innych równoznaczących wyrazów. Wśród czytania czuć, że autor dzieła postarał się, aby było napisane dobrą i czystą polszczyzną. Używa autor wprawdzie niektórych nowych wyrazów pomimo, że mamy polskie utarte, którym się wszelkie prawo obywatelstwa należy, jak np. wyrazu: śródkrocze zamiast międzykrocze, stoczek zamiast świeczka itd., to jednak ani czystości języka ani wartości językowéj dzieła ujmy nie czyni.

Pod względem wartości naukowéj nie ustępuje ta praca w niczém podobnym najlepszym innych autorów. W całym ciągu tak w najdrobniejszych kwestyjach anatomicznych, jak w kwestyjach fizyjologicznych, w dyjetetyce i rozpoznaniu wszędzie autor jest tłumaczem ostatnich zdobyczy naukowych. Ze względu zapewne na cel i rozmiary dzieła słusznie omija polemikę naukową, podając czytelnikowi zdania, na które się godzi, w ciągu opowiadania, w razach zaś przeciwnych obok swego zapatrywania przytacza zapatrywania innych, zostawiając sąd czytelnikowi, jak to np. czyni z zapatrywaniami Bandla.

O ujemnych stronach tego dzieła trudno mówić, bo ono ich nie posiada. Okoliczność, że jedna część jest z większém zamiłowaniem opracowana aniżeli druga, należy sądzę do właściwości niemal wszystkich dzieł oryginalnych, które wyszły z pod pióra najlepszych autorów. Dla dokładności oceny tylko musielibyśmy wspomnieć chyba o drobniejszych usterkach, które mogą czynić ustęp jakiś mniéj zrozumiałym, nie uwłaczając wartości dzieła, i tak: omawiając różne objawy służące do rozpoznania trwania ciąży, bardzo niewyraźnie tylko nadmienia autor o jednym z najważniejszych, tj. o objętości pojedynczych części płodowych, a w szczególności o objętości główki. Nadto nie mogę się zgodzić na tłumaczenie, na stronie 190, odnoszące się do mechanizmu położeń czaszkowych: że płód skutkiem ugniotu, jaki na jego zgięty grzbiet wzgórek kości krzyżowéj wywiera, zwraca się ku przodowi tymże, a tém samém główka w miednicy tyłoglowiem pod spojenie kości łonowych zwracać się musi, co się dzieje ze strony płodu dobrowolnie, szczególniéj jeżeli obszerność miednicy na to zezwala, i że obok tego i inne czynniki wpływ mają. Że autor sam zdania tego nie podziela, dowodzą następujące słowa na téjże saméj stronnicy, gdzie przytaczając trochę niejasno teoryję mechaniczną, tak pięknie na stronie 188 rozpoczętą, wspomina: że najważniejszą rolę w obec pomienionego zwrotu główki gra dno miednicy. Ustęp powyżéj nadmieniony bałamuci czytającego.

Wspomnieć nam jeszcze wypada o wyposażeniu, jakie ta książka otrzymała, o którém tylko pochlebnie wyrazić się można, i tak: piękny druk na pięknym papierze, liczne drzeworyty, wykonane bardzo pięknie, nie tylko nie ustępują w niczém zagranicznym, ale mogą iść śmiało z niemi w zawody. Co do drzeworytów wreszcie powiedzieć możemy, że dotąd nie mieliśmy sposobności spotkać w polskich dziełach lekarskich równie pięknych. Wreszcie nader zdaje mi się ważném, że cena za dzieło polskie, obejmujące 16 arkuszy druku, w ten sposób uposażone, jest bardzo nizką.

Z tego co o téj książce powiedziano wynika: że zaleca się ona do najszerszego rozpowszechnienia, że znachodzić się winna w ręku każdego ucznia i zdobić biblijotekę każdego lekarza, tém więcéj, że część druga, z tego co dotychczas w ręku mamy rokując, pierwszą przewyższyć musi, w niéj dopiero bowiem będzie miał autor sposobność do rozwinięcia swego opisowego talentu i do zużytkowania swego tak bogatego doświadczenia. *Dr. Antoni Mars.*

Prof. A. Tamassia (w Pawii): **Dell' azione del pneumogastrico nella morte per appiccamento, Reggio nell' Emilia 1880**, in 8vo str. 85.

Zdajemy sprawę z ważnéj pracy doświadczalnéj, ogłoszonéj przez młodego profesora medycyny sądowéj w Pawii, z którego pracami coraz ważniejszemi w ostatnich latach coraz częściéj się spotykamy. Medycyna sądowa, która wyszła z Włoch, od dwóch wieków leżała tamże odłogiem; po Fidelisie i Zacchiaszu nastała cisza grobowa, a dopiero w ostatnim lat dziesiątku rozpoczęła się znów praca, tém skuteczniejsza, bo oparta na kierunku doświadczalnym, i odtąd znajomość literatury włoskiéj stala się dla lekarza sądowego koniecznością, albowiem bez znajomości jéj chyba po wielu latach z drugiéj lub trzeciéj ręki dowie się o wynikach, które go żywo obchodzą.

Podając wiadomość o pracy doświadczalnéj muszę poprzestać na ścisłém sprawozdaniu, o ocenieniu bowiem takiéj pracy bez doświadczeń kontrolujących mowy być nie może.

Casper był pierwszym, który w przypadkach śmierci skutkiem uduszenia, w których sekcyja nie wykazala zmian przyczynę śmierci tłumaczyć mogących, przypuszczał, że przyczyną śmierci był udar nerwowy (*Neuroparalysis*), a Hofmann opierając się na doświadczeniach Wallera i Thanhofera szukał przyczyny śmierci w takich razach w ucisku naczyń szyjnych i pary X nerwów, którego człowiek doznaje śród duszenia. Liman w ostatniém wydaniu swego dzieła zdanie to Hofmanna powtarza a tém samém

z niém się zgadza. — Otóż autor nasamprzód dowodzi, że już dawniejsi autorowie znali następstwo obrażenia pary X nerwów, a z lekarzy sądowych pierwszy Fleischmann jeszcze w r. 1822 wskazał na wpływ obrażenia tego nerwu w uduszeniu, a po nim Beck i Fodéré w dziełach swych również kładą na nie nacisk. Następnie autor przechodzi wszystkie przypadki, dotychczas ogłoszone, a tyczące się ucisku wywartego na n. błędny, dzieląc te przypadki na 3 kategoryje, w miarę tego, czy ucisk wywołany został od zewnątrz w celach leczniczych i doświadczalnych, lub przez uraz, lub wreszcie skutkiem chorób; do pierwszych zaliczając przypadki opisane przez Czermaka, Concatę, Wallera, Thanhofera i Löwita, do drugich prace Guttmanna, Fischera itd., do trzecich wreszcie Mackenzie'a, Guttmanna itd. a na podstawie tych wszystkich prac wykazuje, że przypadki dotąd ogłoszone nie przemawiają wcale za tém, jakoby po ucisku n. błędnego miała nastąpić śmierć szybka. Z tego powodu T. zadaje sobie pytanie następujące: Czy ucisk nagle na oba nn. błędne wywarty, a potém jednostajnie trwający przez taki czas, jaki zwykle ubiega po powieszeniu, wystarcza sam przez się do wywołania śmierci natychmiastowéj, jak w powieszeniu? Aby pytanie to rozwiązać, T. robił na psach i królikach kilka szeregów doświadczeń, a mianowicie: 1) nasamprzód wywoływał ucisk na oba nn. błędne na szyi, a przekonawszy się, że śmierć po takim ucisku wcale nie następuje szybko, przystąpił do 2) szeregu doświadczeń, przy czém przez zamknięcie naczyń szyjnych wywołał ischemiję mózgową, w 3) szeregu uskuteczniał jednocześnie podwiązanie naczyń szyjnych i ucisk na nn. błędne, następnie 4) podwięzywał jednocześnie żyły szyjowe zewnętrzne i wewnętrzne, tętnice głowowe i oba nn. błędne, daléj 5) wywoływał ucisk i podwięzywał samą tchawicę, 6) wieszał i dusił zwierzęta po otwarciu tchawicy, 7) równocześnie podwięzywał naczynia krwionośne na szyi i wywierał ucisk na tchawicę, 8) podwięzywał ostatnią a równocześnie wywierał ucisk na nn. błędne, a w końcu 9) podwiązawszy tchawicę i naczynia krwionośne na szyi wywierał ucisk na nn. błędne. — Po tak licznych a rzecz wszechstronnie wyczerpujących doświadczeniach dochodzi T. do następujących wniosków:

1) Fakta kliniczne, na których opiera się nauka o śmierci natychmiastowéj w skutek ucisku n. błędnego przy powieszeniu, wcale nie dowodzą bezpośrednio téj szybkości śmierci.

2) Objawy opisane w tych historyjach klinicznych nie odnoszą się wyłącznie do działania n. błędnego, lecz do ucisku naczyń krwionośnych, a przynajmniéj do współdziałania jednego i drugich.

3) Tak ucisk za pomocą palców, jak ucisk pochodzący ze ściągnięcia pętli w powieszeniu i zduszeniu, z powodu warstw miękkich znajdujących się nad nn. błędnemi, nie mogą uchodzić za niebezpieczne.

4) Mogą atoli w następstwie takiego ucisku powstać zjawiska chorobowe (jednak nie koniecznie śmiercią się kończące) w przyrządzie krążenia, oddychania i w krtani.

5) Doświadczenia, czynione na zwierzętach za pomocą samego ucisku nn. błędnych, dowodzą, że ucisk ten choć przez minut 5—8 trwający, sprowadza zboczenia czynnościowe, po których zwierzę może przyjść do siebie w ciągu dni kilku.

6) Te same doświadczenia wykazują, że jeżeli ucisk nn. błędnych przez 6 minut trwający powtarzał się w krótkich odstępach czasu, zwierzę z największém podobieństwem do prawdy ginie około 4go lub 5go dnia w skutek zboczeń czynnościowych, objawiających się w przyrządach krążenia i oddychania.

(Dok. nastąpi).

Fürbringer: **Badania doświadczalne nad wessaniem i działaniem rtęci metalicznéj zawartéj w szarusze.**

W trojaki sposób może rtęć w szarusze zawarta dostać się do organizmu: w miejscu wcierania sposobem czysto mechanicznym, przez wdychanie pary z ulatniającéj się rtęci i przez przeniknięcie pary rtęciowéj w pokrywy zewnętrzne, a głównie w skórę. Każdy z wymienionych sposobów badał i stwierdzał F. doświadczalnie z ścisłością i jak największą dokładnością, chcąc przekonać się najpierw, czy rtęć w szarusze zawarta, przy zwykłym sposobie jéj użycia, dostaje się do krwi obiegu, powtóre czy w zetknięciu z tkankami zamienia się przez ukwaszenie w formę rozpuszczalną. I tak dla stwierdzenia sposobu pierwszego, tj. przyswajania rtęci organizmowi za pomocą wcierania, robił F. doświadczenia na królikach i na ludziach; królikom wcierał szaruchę w uszy bardzo powoli i łagodnie, aby nie wywołać zranienia, przez 10—15 minut, u ludzi w tenże sposób na różnych miejscach skóry, miejsca te dokładnie potém wymywał i wycinał z nich małe kawałeczki w celu zrobienia drobnowidowych preparatów. Badanie drobnowidowe preparatu z ucha królika wykazało: przyskórek w całości zachowany i nie uszkodzony, w warstwach górnych przyskórka tylko tu i owdzie odosobnione kuleczki rtęci; prawie wszystkie torebki włosowe zawierają, między korzeniem a wewnętrzną pochewką włosa, liczne kuleczki rtęci tak odosobnione jak i gromadnie leżące okrągłe, metaliczno połyskujące, wielkości 0,0045mm. średnicy mające; w niektórych preparatach sięgały one aż ku brodawce. Również wielka ilość rtęci znajdowała się w przewodach gruczołów łojowych, czasem w samychże gruczołach, ani w jednym zaś preparacie nie stwierdzono kuleczek rtęci w skórze saméj (*Corium*) i w tkance łącznéj podskórnéj W preparatach ze skóry człowieka stwierdził F. rtęć w postaci kuleczek w większéj części torebek włosowych; kuleczki te przylegały zwykle ściśle do włosa ale nigdy nie dosięgały brodawki włosowéj; nieco w mniejszéj ilości znajdowała się rtęć w przewodach gruczołów łojowych a nigdy w samym gruczole; również w bardzo małéj ilości spostrzeżono kuleczki rtęci w przewodach gruczołów potnych zwykle tuż przy samém ujściu. W corium i tkance podskórnéj rtęci nie stwierdzono. Następnie wcierał F. szaruchę w skórę przed lub podczas wcierania lekko zranioną lub przyskórka pozbawioną i robił z takich kawałków skóry preparaty drobnowidowe, których badanie wykazało, że w obrębie miejsca zranionego znajdowały się niezliczone maleńkie kuleczki rtęci w powierzchownych międzykomórkowych przestrzeniach skóry właściwéj (*Corii)*, w warstwach głębszych tylko bardzo rzadko rtęć napotkano, w tkance podskórnéj wcale nie; za to jeżeli natrafiono w preparacie na naczynia włosowate w obrębie miejsca zranionego położone i również uszkodzone, spostrzeżono w niém zawsze, zwłaszcza blizko otworu czyli miejsca uszkodzenia, bardzo wielką ilość rtęci, a czasem i nieco daléj od otworu pokazywały się między krążkami krwi odosobnione kuleczki rtęci.

Szkodliwe działanie na organizm pary rtęciowéj przy ulatnianiu się rtęci przy zwykłéj temperaturze lub temperaturze ciała ludzkiego dowiedzione i znane jest dostatecznie.

Sposób zaś działania poznamy, jeżeli się dowiemy najpierw, co się dzieje z parą rtęci w obrębie błony śluzowéj całego przewodu oddechowego, powtóre jak się zachowuje para rtęci w obec skóry, rozumie się nieuszkodzonéj. (C. d. n.)

I. Israel: **Lymphoma malignum uleczone za pomocą arsenu.**

Leczenie chirurgiczne nowotworów złośliwych w ogóle, usadawiających się zaś w gruczołach chłonicowych w szczególe, napotyka na bardzo wiele niepokonanych trudności, bo niezależnych od operującego; ztąd téż tyle w ostatnich czasach specyfików mających sprowadzić wyleczenie na innéj, łagodniejszéj drodze. Leczenia *lymphoma malignum* za pomocą arsenu próbował w r. 1871 Billroth, daléj Czerny, Winiwarter, a wyniki w wielu przypadkach były dosyć pomyślne. Autor ogłasza przypadek, dotyczący kobiety liczącéj lat 65, u któréj obok znacznego obrzmienia gruczołów chłonicowych, karkowych, podszczękowych i pachowych, z tylnéj ściany gardziela wychodził guz miękki, elastyczny, zajmujący całą przestrzeń noso-gardzielową, i który zatykał muszle nosowe sięgając ku przodowi aż do migdałków. Skutkiem tego ułożenia guza chora doznawała znacznéj trudności w połykaniu i oddychaniu, niemniéj istniała głuchota prawie zupełna, obok znacznego upośledzenia ogólnego odżywienia. Wszystkie te zmiany ustąpiły po użyciu wewnętrznie razem 28,0 grm. *Solut. Fowleri,* obok równoczesnego zastrzykiwania tego samego rozcieku w sumie 3,80 grm. w miąższ guzów. Ropienia po zastrzykiwaniu ani żadnych innych przypadów z użycia arsenu nie było, oprócz znacznego przyspieszenia tętna do 140, na któréj to wysokości przez cały czas leczenia się utrzymywało. Całe leczenie trwało 9 tygodni. *(Berl. klin. Wochenschrift* 1880, *Nr. 52). Dr. K. Bossowski.*

Dehenne: **Zapalenie rogówki u żniwiarzy.**

Urazy rogówki zadane podczas żniwa kłosami zboża stają się szybko bardzo groźnemi. Rogówka wrzodzieje w miejscu uderzenia, a dokoła niego przybiera barwę żółtawą skutkiem ropnego nacieku w miąższu, wrzód drąży coraz bardziéj w głąb i dochodzi aż do błony Descemeta. Równocześnie ciecz wodna mętnieje, a komórka przodkowa wypełnia się ropą itd. W przypadkach takich wskazane jest przekłucie rogówki, powtarzane w miarę potrzeby, atoli pod warunkiem równoczesnego stósowania opatrzenia przeciwgnilnego i ezerynu. (Rozpłatanie ropnia sposobem Saemischa zasługuje na pierwszeństwo przed prostém przekłuciem rogówki. *Sprawozd.* Przegl. Lek.) Gdy jednak ezeryn, stósowany z powodu cierpienia rogówkowego, sprowadza tylne przyczepiny, autor rozważa w każdym pojedyńczym przypadku, czy cierpienie rogówki groźniejszém jest od przyczepin i irydektomii, którą późniéj wykonać wypadnie z powodu tychże lub nie. Okoliczność ta rozstrzyga, czy ma się zapuszczać ezeryn lub zastąpić go atropinem. (W obec niedokładnego dotąd ustalenia wskazań co do używania atropinu lub ezerynu w przypadkach ropnych zapaleń rogówki kieruję się od paru lat tą samą zasadą. *Sprawozdawca).* Autor zapuszcza co dwie godziny 4 do 5 kropli rozczynu ezerynu 1 na 400, a prawie we wszystkich przypadkach zapalenia u żniwiarzy zniewalają stosunki do używania ezerynu, a nie atropinu. Zdaniem jego groźność zapalenia rogówki u żniwiarzy przypisać należy nadmiernemu natężeniu sił i zmęczeniu przy żniwie. *(Gaz. d'ophthalmol. 1 List. 1880). Rydel.*

Wiadomości pomniejsze.

(T.W.) **Bezkrwawe leczenie guza kaszakowego** (*Atheroma)* T. W. Szarnowski (*Wracz* Nr. 49, 1880) zastrzykuje podskórnie w środek guza kilka kropli 10% rozczynu chlorku zynku. W pierwszym przypadku guza kaszakowego na górnéj powiece, 4 cm. średnicy mającego, wystąpił po zastrzyknięciu mierny obrzęk i miejscowe podniesienie ciepłoty, które zniknęło po 5 dniach, przyczém i guz znacznie się zmniejszył; po trzech dalszych zastrzyknięciach, co 5 dni robionych, zniknął guz zupełnie. W ten sposób wyleczył S. jedynaście przypadków, w jednych wystarczały trzy zastrzyknięcia, w innych potrzeba było jedynaście wstrzykiwań do zupełnego zaniku guza; ani razu nie przyszło do ropienia.

(Kw.) **Ergotyn leczy najskuteczniéj** *diabetes insipidus* podług Saundersa, który podaje w tych przypadkach po 4.0 rzeczonego leku na dobę; leczenie trwa trzy miesiące (*The New York Med. Rec. November* 1880 r.) Murell i Noakes pisali dawniéj o skuteczności ergotynu w *diabetes insipidus.*

(Kw.) **Rhus aromatica jest podług Springsteina „nie ocenionym specyficznym“ środkiem w nieżytach pęcherza i przeroście gruczołu krokowego.** Autor podaje ten przetwór w postaci płynnego wyciągu po trzy łyżeczki dziennie (*The Lond. Med. Rec.* 1880 grudzień).

(Kw.) **Calcaria sulphocarbolica jako najlepszy przetwór wapienny podług Withersa przy leczeniu krzywicy.** Sól ta rozpuszcza się w równéj ilości wody, i na każdą uncyję rozczynu przypada 90 gramów wapna. (*The New York Med. Rec.* 1880 listopad).

(Kw.) **Kalomel w gorączce powrotnéj** według Oksa (z Odesy) bardzo dobrze skutkuje; u 60% choroba ograniczyła się do jednego napadu, a przebieg jéj był łagodny. (*Wracz* Nr. 1 i 3 1881 r.)

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak.

Posiedzenie VII z dnia 13 grudnia 1880.

Przewodniczący Dr. Ściborowski. Członków obecnych 13.

(Dokończenie. Patrz Nr. 5).

Borowina, używana do kąpieli właściwych w zakładzie kąpielowym w Krynicy, pochodzi z Tylicza, miasteczka o $1\frac{1}{2}$ mili od Krynicy odległego. Tuż przy drodze wiodącéj do Tylicza leżą łąki borowinowe pokryte słabą z wierzchu zielonością. Grubość warstwy borowiny wynosi około 1 metra, podczas kopania wydziela się woda, która zrobiony dół wnet napełnia. Przez warstwę wody przechodzi w postaci baniek gaz, w którego skład wchodzi 96% bezwodnika węglowego, około 1% gazu bagiennego a resztę stanowi powietrze atmosferyczne. Borowina stanowi masę czarną gębczastą nadzwyczaj dziurkowatą, a w powietrzu wysycha na ciało barwy brunatnawéj. Wyciąg wodny borowiny jest cieczą słabo żółtéj barwy i zawiera w sobie gips, małe ilości magnezyi, potasowców i kwasu krzemowego, jakotéż żelazo, jużto jako sól żelazową, połączoną z kwasami organicznemi, już to jako siarkan żelazowy. Ilość ciał w wodzie rozpuszczalnych wynosi w suchéj borowinie 10,7626% z téj ilości wypada na ciała organiczne 4,2970% a 6,4656 na ciała nieorganiczne. W ostatniéj ilości znaleziono:

kwasu krzemowego	0,1594
„ siarkowego	1,6444
niedokwasu żelaza	0,9468

resztę stanowi wapno, magnezyja i ślady potasowców (o czém w rozbiorze popiołu borowiny.)

Z istót organicznych najwięcéj na uwagę zasługuje kwas mrówkowy, którego ilość jest zmienną i zawisłą od czasu, przez jaki woda i powietrze na borowinę działają.

Skład odsetkowy borowiny:

Borowina świeża zawiera na 100 części:

Wody do 100° uchodzącéj .	74,1793
Ciał organicznych	15,0912
Ciał nieorganicznych . . .	10,7295
	100.0000

Borowina wysuszona przy 100°C. zawiera:

1) Ciał organicznych 59,0135 mianowicie:

Węgla	29,9500	lub	Wody nad 100°C.	22,9555
Wodu	3,0953		Kwasów humusowych . .	20,1395
Azotu	1,8242		Żywicy i wosku	0,7143
Tlenu	24,1440		Węgla i innych ciał . . .	15,2042

2) Ciał nieorganicznych 40,9865 mianowicie:

Niedokwasu potasu	0,22711	w kwasie chlorowodowym rozpuszczalnych
„ sodu	0,21001	
„ wapniu	1,95232	
„ magnu	0,55247	
„ glinu	3,37481	
„ żelaza	2,72497	
„ manganu	ślad	
„ ołowiu	śl. b. mały	
Kwasu fosforowego	0,17747	
„ siarkowego	2,79139	
„ krzemowego	5,27046	

Krzemianów zawierających

KO — 0,67474	23,60932	w kwasie chlorowodowym nierozpuszczalnych
NaO — 0,62393		
i ślad baru		
Kwas krzemowy,		
niedokwas glinu,		
żelaza.		

Ciężar gatunkowy borowiny — 172,940.

Borowina sucha zawiera składników rozpuszczalnych w wodzie 10,7626 z tego:

organicznych . .	4,2970
nieorganicznych .	6,4656

Obok łąk borowinowych w sąsiednim lesie znajduje się źródło zwane Sygowna. Źródło to jest najznaczniejszém z pomiędzy wielu mniejszych w téj części lasu leżących. Odpływ jednak jest dosyć utrudniony, dla tego téż ciepłota wynosi + 11°C.

Oznaczono najważniejsze składniki:

Na 1000 części wody

Węglanu sodowego . .	0,04198
„ wapniowego .	0,55221
„ magnowego .	0,13826
„ żelazowego .	0,03465
Kwasu krzemowego . .	0,03578
Składników stałych przez odparowanie .	0,76534

W samém prawie mieście Tyliczu znajduje się ważniejsze źródło, zasługujące dla wielkiéj obfitości gazu na uwzględnienie. Źródło to leży nad brzegiem rzeczki Muszynki, posiada odpływ bardzo znaczny, a ciepłota zdroju wynosi + 9,8°C.

Oznaczono ważniejsze składniki:

Na 1000 części wody

Węglanu sodowego . . .	0,32936
„ wapniowego . .	1,40182
„ magnowego . .	0,35569
„ żelazowego. . .	0,02397
Kwasu krzemowego. . .	0,059316
Składników stałych przez odparowanie. .	2,241118

Bezwodnika węglowego istotnie wolnego 2,45072.

W dyskusyi kol. Przewodniczący kładzie nacisk na wykazaną przez prelegenta znaczniejszą ilość węglanu sodowego w wodzie tylickiéj, nadto sądzi, że leczenie kąpielowe w Tyliczu byłoby odpowiedniém dla osób mniéj zamożnych, gdyż tam zapewne utrzymanie będzie tańszém, niźli w Krynicy. Kol. Grabowski zwraca uwagę na utrudniony dowóz żywności do Tylicza.

Na tém posiedzenie zamknięto. *Dr Ponikło.*

V. Asanizacyja Krakowa.

2.

Nie ma obecnie ani jednego zagranicznego miasta, któreby nie zajmowało się prawie wyłącznie zaopatrzeniem mieszkańców w dobrą i zdrową wodę, tudzież usunięciem odpadków życia codziennego. Naczelnicy miast stają na czele stowarzyszeń ochrony zdrowia powszechnego, a tém samém są kierownikami ruchu higijenicznego, Rady zaś miejskie dzielnie wspierają ich usiłowania. Magistratury te wysyłają komisyje dla zbadania urządzeń higijenicznych w innych miastach, tworzą nieustające komisyje zdrowotne, nie szczędzą kosztów na prace przedwstępne w celu zbadania niedostatków higijenicznych, ogłaszane zaś drukiem prace owych komisyj stanowią znakomity materyjał dla utworzenia osobnéj gałęzi nowoczesnéj higijeny, zwanéj higijeną miast. Dzieje się to wszędzie nie wyłączając i Warszawy, gdzie wiele już pod tym względem zrobiono. Granice niniejszego pisma nie pozwalają nam przytaczać dowodów na poparcie powyższych twierdzeń. Wyręczają nas w téj mierze sprawozdania z czynności Magistratów i Rad miejskich, corocznie publikowane, tudzież prace rozmaitych komisyj sanitarnych w postaci dzieł znakomitéj naukowéj wartości.

Mając na uwadze zdrowie mieszkańców naszego miasta żądamy téż od przyszłego prezydenta, aby ujął w swe ręce sprawę uzdrowotnienia naszego grodu, to jest prawdziwego uporządkowania Krakowa, w myśl pierwotnego projektu śp. prof. Dietla. Przyszły burmistrz o tyle będzie w szczęśliwszém położeniu, iż poprzednicy jego przygotowali wszystko, co okazało się potrzebném dla przeprowadzenia téj myśli.

Uzdrowotnienie jednak pewnego miasta należy przeprowadzać według organicznéj myśli, a całość planu asanizacyjnego winna obejmować zapewnienie miastu dobréj i zdrowéj wody, czystego powietrza, wreszcie suchego i czystego podziemia. Wypracowanie takiego organicznego planu asanizacyjnego dla Krakowa jest niezbędném. Miasta, które postępowały bez żadnego planu w téj mierze, ciężko odpokutowały owo zapomnienie.

Nie żądamy, rzecz prosta, jednoczesnego wykonania niezbędnych dla Krakowa reform sanitarnych, lecz najpilniejszéj tylko ze wszystkich naglących naszych potrzeb, to jest zaprowadzenia w mieście naszém wodociągów. Dotychczasowe próby kopania kilkunastu studni głębokich, które wiele już miasto kosztowały, okazują, iż dobréj wody w Krakowie mieć nie podobna. Przestańmy się więc łudzić i napróżno wydawać pieniądze na studnie, które na to tylko się kopią, aby je czemprędzéj zasypać. Do wodociągów wszystko już przygotowano. Wszelkie wątpliwości w téj mierze usuwa stanowczo praca Dra Lutostańskiego, uwieńczona niedawno nagrodą konkursową. Niewątpliwi trzéj znawcy Dr. Fritsche, Dr. Markiewicz i Dr. Mayzel przyznają téj pracy, jako sędziowie, ogromne zalety, podnosząc w swém sprawozdaniu: „ogromną erudycyję, wszechstronną wiedzę i sumienność autora aż do pedanteryi posuniętą.“ Prace przedwstępne dla wodociągów krakowskich, wykonane przez p. Lutostańskiego, również przychylnie o ile nam wiadomo, ocenił komitet wybrany przez prezydenta Zyblikiewicza, a

złożony z profesorów Korczyńskiego i Stopczańskiego oraz doc. Dra K. Grabowskiego, pomiary zaś dyrektora budownictwa miejskiego p. Moraczewskiego, ilości wody, tudzież wzniesienia projektowanych zdrojów nad poziom morza tylko na korzyść autora wypadły.—Tém śmieléj przeto oprzeć się możemy na wskazówkach przez p. Lutostańskiego podanych i stanowczo oświadczamy, iż woda jest w każdym razie dla każdego rodzaju wodociągów.

Lubo całkiem nie brak wody dobréj i w dostatecznéj ilości do zaopatrzenia naszego miasta, czy to zdrojowéj, gruntowéj, czy téż wreszcie rzecznéj, to jednak sprawa wodociągowa ani na krok nie postąpiła. Przyczyną zwłoki, według naszego zdania, jest niepewność co do funduszu na wodociągi użyć się mającego. Nikt nie może żądać od dotychczasowych komitetów stanowczego orzeczenia co do wody sprowadzić się mającéj do Krakowa; bo ono przedewszystkiém zawisło od sumy na wodociągi przeznaczyć się mającéj. Można mieć wodociągi za milijony i za setki tysiecy. Różnica zaiste ogromna. Według pierwotnego programu z r. 1872 komisyja wodociągowa żądała wodociągów jednolitych, dostarczających zdrowéj wody do picia oraz dobréj na wszelkie inne użytki prywatne i publiczne. Dziś pojawiają się głosy, aby Kraków na teraz z konieczności zaopatrzyć tylko w wodę do picia, odkładając na późniéj sprowadzenie wody na potrzeby gospodarskie i publiczne. Jak w jednym tak i w drugim przypadku, wnosząc ze sprawozdania Dra Lutostańskiego, z pewnością wody nie braknie.

Idzie tylko o zasadę. Skoro owa zasada raz zostanie postanowioną i przyjętą, wtedy sprawa cała szybkim pójdzie krokiem. Znawcy mając ściśle sformułowane pytanie, niebawem objawią swe zdanie co do wyboru i wartości wody pod względem higijenicznym; komisyja wodociągowa obmyśli potrzebne fundusze na urządzenie wodociągów, technicy wreszcie opracują zarys projektu, którego wybór li tylko, powtarzamy, zawisł od rozporządzalnych funduszów, które znajdą się, bo dla sprawy tak silnie ogół obchodzącéj znaleść się muszą.

Że sprowadzenie do miasta dobréj i zdrowéj wody znakomicie przyczyni się do zdrowości Krakowa, nie ulega wątpliwości. Lecz na załatwieniu sprawy wodociągów krakowskich nie skończą się starania o poprawę zdrowia publicznego w mieście naszém. Rada więc miejska dziś już musi być przygotowaną na dalsze wydatki w celu rzeczywistego uporządkowania miasta. Po zaprowadzeniu bowiem wodociągów musimy przystąpić do systematycznéj kanalizacyi Krakowa.

I ta sprawa osuszenia i oczyszczenia podziemia miasta dziś już wymaga przedwstępnych badań w celu uzyskania podstawy dla najstósowniejszego i najoszczędniejszego przeprowadzenia sieci kanałów w mieście naszém. Mamy niwelacyję miasta, należy teraz poznać grunt, a raczéj podziemie krakowskie. Badania tego rodzaju przekonają naprzód licznych u nas zwolenników zasady: *quod non apparet, non est* o fałszywości téj maksymy, a powtóre wskażą nam, w jaki sposób odwodnienie i osuszenie gruntu wykonać należy. Do poznania tych i tym podobnych szczegółów służą pomiary stanu wody gruntowéj, tudzież badania zmian chemicznych, jakim ta woda a więc i grunt, z którego wypływa, w różnym czasie ulega. Takie badania ruchu wody gruntowéj służą nadto dla władz miejskich za podstawę do racyjonalnego zakładania ulic, robienia nasypów, do oznaczenia, w jakiéj głębokości mają się znajdować podłogi, piwnice itd.

Kanalizacyja miasta, prócz geometrycznych i technicznych obliczeń, wymaga licznych geognostycznych, chemicznych i statystycznych wiadomości i szczegółów, których wcale nie posiadamy. Komisyja téż sanitarna nieraz zwracała już uwagę władzy miejskiéj na potrzebę tego rodzaju prac przedwstępnych, a to w celu ochronienia gminy od ciężkich zawodów i bolesnych strat materyjalnych.

Zanim jednak opracowany zostanie projekt przyszłéj kanalizacyi Krakowa, do którego kanały dziś budujące się zastósowane być winny, jeżeli odpowiedzieć mają swemu zadaniu, należy zająć się ulepszeniem wywózki nieczystości według prawideł przez Komisyję sanitarną podanych.

Wiemy, że głos higijenistów nie zbyt chętnie bywa u nas słuchany. Kto przedstawia obraz życia spleciony z czarnych nici najpowszedniejszéj rzeczywistości, nie może w rzeczy saméj posługiwać się owemi *coup de théatre*, lub téż bujać w wdzięcznéj sferze ideałów ludzkości, w któréj zwaśnione umysły znajdują spokojną oazę po trudach i bólach życia. Zaiste przykre to położenie przedstawiać bezustannie boleści życia w całej ich nagości, wciąż ostrzegać, wykrywać zgubne następstwa niewiadomości lub przywar ludzkich w przekonaniu, że głos serdeczny będzie głosem wołającego na puszczy! Jeżeli jednak Kraków ma być wierny tak sympatycznie wygłoszonemu przez śp. Rydzowskiego hasłu: „wyżéj, wyżéj Krakowie,“ przedewszystkiém winien wstąpić na drogę niezbędnych ulepszeń zdrowotnych. Dla tego téż nie wątpimy, że przyszły prezydent uzna słuszność uwag naszych i silną ręką podejmie wzmiankowane tutaj zadania, jakie pozostały do spełnienia—zadania trudne wprawdzie, lecz niezmiernie ważne, nie tylko ze względu na dobro miasta i jego przyszłość, ale i ze względu na jego godność i pełną sławy przeszłość.

Listy z Wiednia.

2.

Leczenie w szpitalach wiedeńskich. — Fizykat miejski. — Resekcyja żołądka. — *Albuminuria haematogena.*

Contra vim mortis, nullum medicamen in hortis, powiada dawne scholastyczne przysłowie. Przysłowia tego zdaje się być zwolennikiem szkoła wiedeńska. Nie zaszczycała ona nigdy znanych środków leczniczych wielkiém zaufaniem, i dla tego téż pod względem terapeutycznym nie przodowała nigdy. Nieufność ta opanowała w ostatnich latach wszystkich tutejszych synów Eskulapa, którzy téż pod tym względem są pesymistami najczystszéj wody. Pesymizm ten odbija się dokładnie w szpitalach i klinikach tutejszych. Ci więc z młodych lekarzy, którzy przyjechali tutaj, w celu obznajmienia się z racyjonalną terapiją w chorobach wewnętrznych, grubo się zawiedli w swych oczekiwaniach. Jak z jednéj strony w klinikach tutejszych dla chorób wewnętrznych badanie chorego i rozpoznawanie sposobem wykluczania nie pozostawia nic do życzenia, tak z drugiéj strony omawianie terapii jest powierzchowne i niedokładne. Daremniebyś téż szukał owéj skrzętności w stosowaniu najnowszych środków i doświadczaniu ich, jak to ma miejsce, i zupełnie słusznie, w klinice krakowskiéj, boć przecie główném zadaniem lekarza jest leczenie chorego, a praca nad wydoskonaleniem rozpoznania stoi w ścisłym związku z badaniem przyczyn chorób, które to ostatnie jest podstawą leczenia. Z téj też przy-

czyny część terapeutyczna jest piętą Achilesową młodych lekarzy wiedeńskich. Jeżeli w klinikach, których wydatki na leki zależą li tylko od profesora, strona lecznicza nie jest jak najświetniejszą, cóż dopiero mówić o oddziałach szpitalnych, gdzie oszczędność jest z góry nakazaną. Nie wolno prymaryjuszowi wydać na lekarstwa większéj sumy nad tę, która jest przeznaczoną, a władze pod tym względem wcale nie są szczodre. Kilka przykładów wystarczy na poparcie tego zdania. Wody przekroplanéj nie wolno zapisywać tam, gdzie nie jest konieczną, jak np. w lekach do wstrzykiwań podskórnych służących, a w miejscu jéj poleconą jest zwykła woda źródlana; chininu nie ujrzysz, a miejsce jego zastępuje chinidyn. Kiedy jeden z sekundaryjuszów w szpitalu na Wiedeniu, uczeń szkoły krakowskiéj, zapisał w ostrym gośćcu stawowym kwas salicylowy, naraził się na wymówki ze strony swego prymaryjusza, iż zapisuje leki drogie. Kwas salicylowy oczywiście podawać zaprzestano, zastępując go jakimś lekiem obojętnym. Cały aparat leczniczy — mówię tu o oddziałach szpitalnych — składa się z 20stu lub 30 formułek dawnych i utartych, które mają ratować chorego we wszystkich chorobach. Kilka z tych formułek złożonych jest z leków obojętnych i te mają tu najwięcéj powodzenia, tak dalece, iż w sali, w któréj się mieści 20tu chorych, nie rzadko 18tu z nich bierze jeden i ten sam lek obojętny. Lek ten wypisany jest krédą na tablicy nad łóżkiem zawieszonéj; chory więc widzi, iż sąsiedzi jego, na inne choroby cierpiący, to samo lekarstwo zażywają, zaufanie więc jego do lekarza niknie i dosyć często ten ostatni wymówki chorego znosić musi. Prymaryjusze tutejsi z założonemi rękami przypatrują się męczącemu kaszlowi suchotników, wygórowanéj ciepłocie w durze, nic na zwalczenie jéj nie robiąc itd. Nie wiele lepszego można powiedzieć o wyposażeniu oddziałów w potrzebne przyrządy lecznicze i przybory ku wygodzie chorego służące. Stosowanie np. prądów elektrycznych niemożebne, z powodu braku odpowiednich aparatów. Sale nie są wieczorem oświetlane, wizyty więc poobiednie przy stoczku odbywać się muszą.

Obaj fizycy miejscy Drowie Nusser i Innhauser, z powodu podeszłego wieku, usunęli się z swych posad. Mianowanie następców wkrotce ma nastąpić. W obec tego wszystkie dzienniki tutejsze, nietylko treści lekarskiéj ale i politycznéj, żądają reformy fizykatu miejskiego. Dotychczas Wiedeń dwóch posiadał fizyków o równych prawach i o równym zakresie działania. Fizycy ci dzielili się według własnéj woli obowiązkami w zakres ich czynności wchodzącemi. Obecnie dzienniki żądają, aby fizykat został zcentralizowany. Każda dzielnica z osobna ma posiadać jednego fizyka. Nad fizykami dzielnic powinien być ustanowiony fizyk starszy, który czynności poprzednich ma nadzorować. Fizyk ten winien zasiadać w pełnéj radzie miejskiéj, i na posiedzeniach w sprawach sanitarnych głos zabierać. Tak on, jak i jego koledzy młodsi, powinni posiadać przedewszystkiém gruntowną znajomość higijeny. Takie jest żądanie opinii publicznéj; czy ono jednak uwzględnione zostanie, to jeszcze pytanie. Sprawy sanitarne miejskie spoczywały dotychczas w rękach mniéj energicznych, dla tego pod wieloma względami są zaniedbane, a mianowicie tyczy się to produktów na publicznych targach sprzedawanych, które tutaj, bez najmniejszych kroków ze strony odpowiednich władz, fałszują. Żądanie to dzienników wydaje mi się być zupełnie słusznem, i jeżeli posadę fizyka obejmie rzeczywiście człowiek sprężysty i energiczny, złe wkrótce może być usunięte.

W kołach lekarskich rozprawiają z żywém zajęciem o jednéj z ostatnich operacyj Billrotha, która w dziejach chirurgii epokę stanowić będzie. Wyciął on przed tygodniem u kobiety 45-letniéj część żołądka, nowotworem rakowym zajętego, a chora przedstawia jak najpomyślniejszy obraz i ma wszelkie widoki zupełnego wyzdrowienia. Byłby to pierwszy przypadek pomyślnie zakończony resekcyi żołądka. Według Billrotha główną przyczyną śmiertelnego wyniku rękoczynu Péana była nieszczęśliwa myśl zakładania szwów z katgutu. Péan mógł się spodziewać, że katgut, jako tkanina zwierzęca, przez sok żołądkowy strawiony być musi a następstwem tego puszczanie szwów. W obecnym przypadku wyciął Billroth odźwiernik wraz z łukiem mniejszym, albowiem te części nowotworem były zajęte, i za pomocą 50 szwów z jedwabiu preparowanego sposobem Czernego złączył dwunastnicę z resztą żołądka. Część wycięta wynosiła 14cm. Operacyja cała trwała $1\frac{1}{2}$ godziny. Chora obudziwszy się z narkozy nie skarżyła się na żadne bóle i dotychczas się nie skarży. Przez pierwsze 4 dni dostawała *per os* liter mleka kwaśnego, jakotéż lewatywę z peptonu. Stolce miewa codziennie, żółte, papkowate.

Na ostatniém posiedzeniu kolegijum doktorów tłumaczył prof. Bamberger znaczenie choroby: *Albuminuria haematogena* w przeciwstawieniu do *nephrogena*. Przez pierwszą rozumie on białkomocz bez podstawy anatomicznéj, druga polega na znanych zmianach w nerce, stanowiących tło ogólnéj nazwy *Morbus Brightii*. Ilość białka w białkomoczu pierwszym waha się między ilością ledwie i dobrze spostrzegalną. W osadzie napotykamy także kiedy niekiedy wałeczki. Zdarza on się przeważnie u ludzi zdrowych, młodych i może, jak to Ultzmann wykazał, trwać całe miesiące bez wpływu na zdrowie. Dołącza się jednakowoż następowo do chorób innych i według tego dzieli Bamberger białkomocz ten na samoistny i następowy. Ten ostatni rozpada się na 3 grupy, w miarę tego, czy towarzyszy chorobom gorączkowym lub zakaźnym, chorobom polegającym na zastoju w krążeniu małém lub téż czy jest wynikiem chorób nerwowych, a mianowicie padaczki. Przyczyną tego białkomoczu najprawdopodobniéj jest pewien stan porażenny nerwów naczyniowo ruchowych w nerce, w skutek czego naczynia rozszerzają się i krążenie w nich staje się powolniejsze. *Dr. Henryk Mendelsburg.*

Wiedeń, 9 lutego 1881.

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu 2 (do 15 stycznia) ospa rozszerzyła się bardziéj w Londynie. Leczyło się w szpitalach 502, świeżo zapadło 118, umarło 27. W Wiedniu umarło 15, w Paryżu 18, w Budapeszcie i Maladze po 10, w Pradze 6. Dur brzuszny wystąpił groźniéj w Paryżu i Petersburgu, gdzie umarło 95 i 37. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 18. W tygodniu 4 umarło w Krakowie: 3 z ospy, 3 z błonicy, 3 z duru brzusznego, 1 z czerwonki, 1 z róży, a doniesiono w tymże czasie o 1 przypadku odry, 1 ospy, 1 płonicy, 1 krztuśca, 1 duru osutkowego.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 3 (do 15 stycznia) umarło na 1000 mieszkańców i na rok w Krakowie 42,1; we Lwowie 36,5; w Poznaniu 19,0; w Wiedniu 31,8; w Budapeszcie 35,4; w Pradze 43,2; w Tryjeście 25,5; w Berlinie 24,8; w Gdańsku 31,8; w Monachijum 33,6; w Dreźnie 23,6; w Wrocławiu 30,2; w Lipsku 23,4; w Genewie 31,1; w Brukseli 22,6; w Amsterdamie 24,3; w Hadze 28,5; w Paryżu 29,3; w Londynie 22,6; w Kopenhadze 25,4; w Petersburgu 44,0; w Odesie 21,7; w Wenecyi 28,8; w Bukareszcie 25,2; w Madrycie 32,7; w Barcelonie 31,4; w Lisabonie 32,2; w Aleksandryi 44,1; w Nowym Yorku 27,3; w Filadelfii 19,2; w Bombayu 30,3; w Madrasie 37,7. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 10 lutego. Na ostatniém posiedzeniu tutejszego Wydziału lek. otrzymał *veniam legendi* jako docent prywatny chirurgii, po uczynieniu zadość wszystkim wymogom prawnym, Dr. Alfred Obaliński, prymaryjusz oddziału chirurg. w szpitalu św. Łazarza. Fakt ten witamy z prawdziwą radością, o ile Wydziałowi przybywa siła młodsza w zakresie nauki tak rozległéj, jaką jest chirurgija, a w pięknym oddziale szpitalnym, wzorowo prowadzonym przez prymaryjusza, Uniwersytet zyska niemal drugą i obszerniejszą klinikę, gdyż nie wątpimy, że Wydział krajowy, wierny zasadzie przez siebie głoszonéj, chętnie pozwoli na zużytkowanie oddziału na korzyść nauki. Pokolenie zaś młodsze lekarzy, a przedewszystkiém uczniowie medycyny, w prymaryjuszu sympatycznym i powszechnie lubianym, pozyska chętnego do porady nauczyciela.

* W ostatnim numerze „Časopisu lekařuv českych“ z d. 6 bm. spotykamy się z bardzo życzliwą wzmianką o III Zjeździe przyrodników i lekarzy polskich, w drugiéj połowie lipca rb. w Krakowie odbyć się mającym, połączoną z zachęceniem lekarzy czeskich do wzięcia udziału w tym Zjeździe. Na uwagę zasługują słowa redakcyi: „Jest již vysoce na čase, abychom se nejen v ohledu politickém, ale také a zvláště v kulturnim s nejbližšim pokrevným národem úžeji spojili.“ Życzliwość redakcyi dla Zjazdu naszego do miłéj przyjmując wiadomości będziemy zapewne tłumaczami uczuć wszystkich kolegów, jeżeli pobratymców naszych zapewnimy, że czeka ich w Krakowie przyjęcie nie tylko koleżeńskie ale braterskie, i że gorąco wyczekujemy chwili, w której daném nam będzie dowieść, że uczucia nasze względem nich są najserdeczniejszemi.

* W liście otwartym wystósowanym do redaktora *W. med. Woch.* (Nr. 6) prof. Billroth podaje wiadomość o wykonanéj przez siebie resekcyi żołądka. Z listu tego dowiadujemy się, że już przed 70 laty młody lekarz, Teodor Merrem, w rozprawie swéj zdał sprawę z doświadczeń swych, czynionych na psach, którym wycinał odźwiernik i spajał żołądek z dwunastnicą, i orzekł, że operacyję możnaby stósować i u ludzi, celem uwolnienia ich od nieuleczalnego raka odźwiernikowego. Pierwszą resekcyję na człowieku wykonał w r. 1879 Péan w Paryżu, a przypadek Billrotha byłby drugim z kolei. Nie wie jednak jeszcze Billroth o tém, że po Péanie wykonał resekcyję żołądka rodak i szan. współpracownik nasz Dr. Rydygier w Chełmnie w przypadku opisanym w *Przeglądzie Lek.* z r. 1880 (Nr. 50).

* Z powodu listu prof. Chałubińskiego, odczytanego na posiedzeniu Komisyi balneologicznéj (p. Nr. 5 Przegl. Lek.), lekarz powiatu nowotarskiego Dr. Zawadziński i pens. lekarz pow. Dr. Trommelschläger donoszą przewodniczącemu téjże Komisyi, że w Zakopaném udziela pomocy lekarskiéj stale tamże od roku zamieszkały Dr. W. Piasecki.

* W jedném z miasteczek w Szląsku austryjackiém pożądaném jest osiedlenie się lekarza. Bliższéj wiadomości udzieli prof. Korczyński.

* **Lwów.** Bal lekarzy zapowiedziany na dzień 19go lutego odbędzie się dopiero dnia 24 lutego we czwartek.

* **Warszawa.** Gazeta lekarska „*Sowremiennaja medicina*,“ która tu wychodziła od kilku lat pod redakcyją b. prof. Waltera, po długiém konaniu przestała nareszcie wychodzić.

Zakład prywatny dla chorych nerwowych i umysłowych po zmarłym Drze Chomentowskim objął Dr. Taczanowski.

Prof. Kotielewskiemu, który wysłużył już emeryturę, poruczono nadal wykład medycyny sądowéj w charakterze „wolnonajemnego“ z wynagrodzeniem oprócz emerytury po rs. 1200 rocznie, likwidowanych z funduszu pozostającego od niezajętych posad.

Drowie Pasternacki i Korniłowicz mianowani zostali ordynatorami w oddziale dla chorób umysłowych szpitala wojskowego ujazdowskiego.

* **Wiedeń.** Prof. Albert mianowany został profesorem chirurgii i dyrektorem 1széj kliniki chirurg. we Wiedniu.

* Na nadzwyczajném posiedzeniu kolegijum doktorów, odbytém w d. 1 bm, książę Karol Teodor Bawarski mianowany został członkiem honorowym.

* **Paryż.** Przed kilkunastu dniami umarł w Bicêtre niejaki Jubissier, obłąkany lat 103 liczący, znany pod nazwiskiem „człowieka szklanego.“ Mając lat 18 Jubissier ugodzony został kamieniem brukowym w głowę; ciężka rana po długiéj chorobie wprawdzie została uleczoną, chory atoli popadł śród choroby w obłąkanie, zrazu gwałtowne, tak że w r. 1797 musiano go umieścić w Bicêtre, gdzie przez 83 lat nieprzerwanie pozostawał. Cierpiał on na urojenie, że jest ze szkła, a odpowiednio temu urojeniu nie ruszał się z miejsca, aby nie doznać stłuczenia. Tylko podczas ostatniego oblężenia Paryża huk armat wzbudził go z głębokiego spokoju; chory wtedy widocznie zaniepokojony zaczął przechadzać się i mówić niezrozumiale i bez związku, wnet atoli powrócił znów na swoje ulubione miejsce, i ostatni dziesiątek lat znów przesiedział nieruchomo.

* **Mianowania i odznaczenia.** Prof. med. sądowéj w Paryżu, Dr. Brouardel, wybrany został członkiem Akademii lekarskiéj. — Dr. Davida, asystent przy katedrze anatomii w Budapeszcie, mianowany został zastępcą profesora anatomii opisowéj w Klausenburgu.

* **Nekrologija.** W Paryżu umarł Dr. Personne członek Akademii lek., a w Bordeaux Dr. Rollet, członek koresp. téjże Akademii.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W Gazecie Lekarskiéj Nr. 6: Sokołowskiego: Przyczynek do kazuistyki zapalenia opłucnéj; Maresza: Dzieciobójstwo dokonane w czasie napadu padaczki zamaskowanéj; Przypadek padaczki, uleczonéj wstrząśnieniem mózgu. — W *Medycynie* Nr. 6: Kahla: Czerwie muchy w żołądku; Gajkiewicza: O umiejscowieniach czynności i zboczeń mózgowych (c. d.)

Walne Zgromadzenie Towarzystwa lek. gal. odbędzie się w Sobotę dnia 26 bm. o godz. 11téj w biurze sanitarnym c. k. Namiestnictwa. Szczegółowy porządek dzienny, jakotéż bilety o zniżonéj cenie do podróży koleją, będą szan. kolegom Delegatom jeszcze przed 20tym bm. przesłane.

Z Rady Zawiadowczéj Tow. lek. gal.

Lwów d. 9 lutego 1881.

Dr. Merunowicz Sekretarz. *Dr. Biesiadecki* Prezes.

Towarzystwo lek. krak. odbędzie we Srodę dnia 16 bm. zwyczajne posiedzenie w sali Akademii Umiejętności, na którém po wyczerpaniu porządku dziennego zeszłego posiedzenia: 1) kol. Dr. Browicz okaże preparat aktinomykosy ze zwierzęcia, 2) poda ogólny pogląd na nowotwory, a wreszcie 3) kol. Dr. Warschauer opowie swoje dalsze spostrzeżenia co do użycia pilokarpinu przeciw dyfteryi.

Do Nru dzisiejszego dołącza się: Sprawozdanie z czynności Tow. lek. krak. za r. 1880.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

WOJCIECH OCZKO

(urodz. 1545 r. zmarł 1600 r.)

PRZYMIOT.

Wydanie I w Krakowie, w drukarni Łazarzowéj, roku Pańskiego 1581.
Wydanie II w Warszawie r. 1881, nakładem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

W lat trzysta od chwili gdy dzieło Oczki wyszło po raz pierwszy z drukarni Łazarzowéj w Krakowie, staraniem Towarzystwa lekarskiego w Warszawie pojawi się jego przedruk, na który niniejszém uwagę polskich lekarzy zwracamy.

Nie potrzebujemy Szanownym Kolegom przypominać, że dzieło Oczki jest prawdziwym pomnikiem dawnéj medycyny polskiéj, świadectwem wysokiéj umiejętności naszych lekarzy XVI wieku i nieprzebranym skarbem dla badań ojczystego języka lekarskiego.

Śmiało powiedzieć można że **„Przymiot“** jest najznakomitszém dziełem polskiém lekarskiém z XVI w. A wartość tego pięknego dzieła niezmiernie podnosi wzorowa polszczyzna i miłość autora dla niéj.

Dzieło Oczki dziś rzadko komu jest dostępne, gdyż zaledwie kilkanaście egzemplarzy znajduje się na całym świecie i dla tego mało dotychczas jest ono znane, a prawie wcale jeszcze nieocenione. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podjąwszy nakład przedruku, pragnie w trzechsetną rocznicę wydania **„Przymiotu“** uczcić znakomitego pisarza i medyka polskiego.

I dziś po 300 latach stanie się zadosyć gorącym życzeniom dzielnego lekarza polskiego, który w przedmowie do swego dzieła pisze: „Ja iżem w tym przymiocie nie szukał niczego inszego, jedno dobra pospolitego, ojczyźnie jako być mogło najlepiéj i najpilniéj w tym służąc, tym podobno podziękowania i wdzięczności więtszéj od ciebie będę godzien . . . .“

Niewątpimy, że Szan. Kolledzy zrozumieją pobudki i cel naszego wydawnictwa i że zechcą czynnie je poprzeć.

Polecamy dzieło Oczki wszystkim miłośnikom dziejów naszéj oświaty i naszego języka.

Przedruk dzieła **„Przymiot“** dokonywa się z największą ścisłością podług egzemplarza będącego własnością biblijoteki Uniwersytetu Warszawskiego.

Do tego dołączonym będzie przedruk drugiego małego dziełka **O cieplicach**, wydanego w roku 1578.

Rzecz całą poprzedzi życiorys Oczki i ocenienie jego stanowiska naukowego napisane przez *E. Klinka*; studyjum nad językiem dzieła będzie pióra jednego z lingwistów. Do dzieła załączone będzie *fac-simile* własnoręcznego listu Oczki i *rysunek* pięknego pomnika marmurowego, wystawionego mu przez synowca w kościele kks. Bernadynów w Lublinie. Karta tytułowa i przedmowa do dzieła oddane będą homograficznie. Całe dzieło obejmować będzie mniéj więcéj 40 arkuszy druku formy największéj ósemki a ukończone zostanie w Kwietniu r. b. Niewielka liczba egzemplarzy odbitych będzie na papierze welinowym.

Nad wykonaniem całego wydawnictwa czuwa osobny komitet z łona Towarzystwa lekarskiego wyznaczony.

Warunki prenumeraty.

Cena egzemplarza na *papierze zwyczajnym* wraz z przesyłką **3 rs.**; w Austryi **4 złr.**; w Cesarstwie niemieckiém **7 mrk.**

Cena egzemplarza na *pap. welinowym* wraz z przesyłką **4 rs.**; w Austryi **5 złr.**; w Cesarstwie niemieckiém **9 mrk.**

Prenumeratę przyjmują redakcyje wszystkich pism lekarskich polskich w Warszawie wychodzących; wszystkie księgarnie i ajentury spółki kolportacyjnéj. **W Austryi prenumeratę pzyjmuje Administracyja Przeglądu Lekarskiego.**

SKŁAD GŁÓWNY w redakcyi **Pamiętnika Towarz. Lekars. Warszaws.** (Chmielna 11).

Po wyjściu dzieła z druku, cena znacznie podwyższoną zostanie.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja:
Ulica Podwale Nr. 84.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Boulv. Voltaire 180, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 19 lutego 1881. **№ 8.** Rok XX.

I. Sprawozdanie z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego z lat czterech (tj. od roku szkolnego 1874/5 do roku szkolnego 1878/9).

V.

Choroby narządu ruchowego.

Przez Dra **H. Schramma.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 7).

O zmianach w stawach w idyjopatyczném zapaleniu stawów nie wiele szczegółów uwagi godnych mamy do nadmienienia. W przypadkach przewlekłych przykurczenia stawów z następowym zanikiem mięśniowym lub bez tegoż napotykano nie rzadko. Jeżeli przy dłuższém trwaniu choroby zajęte były stawy rąk, nastawało bardzo często zniekształcenie, które tak dokładnie opisał i rysunkami objaśnił Hartmann *(Der acute und chronische Gelenkrheumatismus*. Erlangen 1874 str. 110), a mianowicie palce skrzywiały się w stawach śródręczopalcowych ku stronie łokciowéj, a to w wyższym stopniu palce położone bliżéj palca wielkiego, a ostatnie falangi, osobliwie palca wskazującego i średniego, zwracały się ku górze, które to ustawienie jest bezpośredniém następstwem wykonywania ruchów w tym okresie choroby, w którym po ustąpieniu bolesności w stawach pozostała wypocina śródstawowa jeszcze przez czas dłuższy a rozciągnięta torebka i zwiotczałe więzadła umożebniają przesunięcie się powierzchni stawowych w kierunku przeciwnym od wywieranego ucisku. W ten sam sposób, lubo mniéj często, nastawały także częściowe przesunięcia powierzchni stawowych w stawach nadgarstkowych i kolanowych. Jeden przypadek, dotyczący wieśniaczki 32-letniéj, u któréj choroba trwała dwa lata, odznaczał się niezwykłém zwiotczeniem wszystkich prawie stawów tego stopnia, że w stawach nawet z ograniczoną ruchomością fizyjologiczną członki wyprostowywać się dały znacznie po za prawidłową granicę, jak niemniéj przeginać się w kierunku bocznym; zwiotczenie to zmniejszyło się o wiele wśród bezwzględnego spokoju i używanie kąpiel słonych.

Dosyć często, bo 3 razy na 31 przyp. z kliniki stałéj, spostrzegano znaczniejsze zapalenie części staw otaczających *(periarthritis)*, które w jednym przypadku, już w 10ym dniu choroby, doprowadziło do wytworzenia się ropni około stawu kolanowego. Zapalenie zajmowało w przeważnéj liczbie przypadków (58%) większą ilość stawów nad 4 stawy, podczas gdy zapalenie jednego tylko stawu przydarzało się rzadko (16,1%). Stawy wielkie, z wyjątkiem tylko stawów biodrowych głęboko położonych i grubemi warstwami mięśni pokrytych, daleko częściéj ulegały zapaleniu, aniżeli stawy małe; pomijając różnice częstości między odpowiedniemi stawami strony prawéj i lewéj, częstość pojawiania się zapalenia w poszczególnych stawach, w naszych przypadkach, daje się wyrazić następującym szeregiem odsetkowym: staw kolanowy 100%, skokowy 83,8%, łokciowy 70,9%, barkowy 64,5%, nadgarstkowe i palcowe rąk 48,3%, palcowe nóg 35,4%, kręgowe i obojczykowe po 12,9%, a żuchwowe 6,4%. Zapalenia małych stawów przydarzały się mimo to nieco częściéj w naszych przypadkach, aniżeli podaje wielu autorów.

Powikłanie z zapaleniem błon sercowych w 31 przypadkach zapalenia stawów samoistnego w klinice stałéj przydarzyło się 12 razy, a mianowicie 8 razy napotkano zapalenie osierdzia, 2 razy zapalenie wsierdzia i 2 razy obydwu błon, co stanowi częstość 38,7%, podczas gdy między chorymi w klinice ruchoméj powikłanie to w przypadkach zapalenia stawów ostrego przedstawiało odsetek częstości 14%. Prawdziwa cyfra częstości leżeć jednak będzie prawdopodobnie pośrodku, a to z powodu, że do kliniki ruchoméj rzadko zgłaszają się bardzo ciężko chorzy, do kliniki zaś stałéj wybiera się po największéj części cięższe przypadki. Kto rozporządza obfitszym materyjałem, mógłby z korzyścią zająć się statystyką tego powikłania, względem którego autorowie właśnie bardzo się różnią (i tak np. Lebert częstość tych powikłań oznacza na 27,6%, Dickinson na 39%, Senator na 10,7%). W naszych przypadkach równa liczba dotyczyła tak mężczyzn jak i kobiet, a wiek nie zdawał się mieć żadnego szczególnego znaczenia. Wprawdzie znacznie częściéj występowały choroby te w przypadkach, gdzie

większa ilość stawów była zajęta, jednakże 2 razy znaleźliśmy je przy cierpieniu jednego tylko stawu, a mianowicie raz przy zajęciu sprawą chorobową wyłącznie kolana prawego i raz przy siedzibie choroby w stawie skokowym lewym. Nadto z zestawienia naszego wynikałaby słuszność zdania wypowiedzianego przez Reevesa, że powiklanie ze strony serca występuje częściéj przy zapaleniu stawów odnóg górnych. Z wyjątkiem bowiem wspomnianych 2 przypadków zapalenia jednostawowego, w 10 innych choroba umiejscowiona była wyłącznie lub przynajmniéj przeważnie w stawach odnóg górnych. Dla dania odpowiedzi na ważne pod względem praktycznym pytanie co do czasu występowania tych powikłań mało mamy danych, gdyż chorzy zgłaszali się do kliniki przeważnie w późniejszym okresie choroby, tak że cierpienie serca w 8 przyp. istniało już w dniu ich przyjęcia. W pozostałych 4 przypadkach raz zapalenie osierdzia wystąpiło w dniu 5, raz w dniu 7, raz w 9 i raz w 19 dniu choroby. Zważając jednak na okoliczność, że 8 chorych zgłosiło się z zapaleniem błon sercowych najpóźniéj z końcem 3 tygodnia choroby, przychodzimy do wniosku, że powiklanie ze strony serca występuje najczęściéj w 2 pierwszych tygodniach choroby, wniosek zupełnie zgodny z podaniem Leberta (l. c. str. 37) i Hartmana (l. c. str. 88).

Z innych powikłań wspomnieć mi wypada o bólach mięśniowych, które w każdym prawie przypadku towarzyszyły, w mniejszym lub większym stopniu, bólom w stawach.

Dość często, bo 7 razy (zatém 22,5%), napotykaliśmy białkomocz. Białko pojawiało się jednak zawsze tylko w małéj ilości i znikało prawie zawsze z ustąpieniem silniejszych przypadów zajęcia stawów. Najwyższa ciepłota, przy któréj stwierdzono białko, była 39,5°C, znajdowano je jednakże w stanie bezgorączkowym przy ciepłocie 37° a nawet 36,5°C, co nie odpowiada przypuszczeniu Senatora, że przyczyną pojawiania się białka w gośćcu jest jedynie podniesiona ciepłota ciała.

Trzy razy (9,6%) wystąpiło zapalenie gardła w przebiegu gośca stawowego; cierpienie to, na które autorowie wcale nie zwracają uwagi, a o którém wspominają Trousseau, Ogle i Moneret było lekkie i ustępowało po kilku dniach.

Z objawów choroby zasługuje przedewszystkiém na uwagę gorączka. W żadnym z naszych przypadków nie dochodziła ona do wysokiego stopnia, tak że zwykle wahała się między 39,5 a 38°C., u jednéj tylko choréj ciepłota podniosła się do 40,1, jednakże na téj wysokości utrzymała się tylko dzień jeden, i po zadaniu chininu już nazajutrz opadła do 38,5. Zresztą, jak to zwykle bywa w samoistném zapaleniu stawów, przebieg gorączki nie przedstawiał żadnego stałego typu. Nawet zajmowanie nowych stawów przez sprawę chorobową rzadko tylko połączone było z nasilaniem się gorączki i owszem w większéj części przypadków ani stopień bolesności stawów ani inne przypady miejscowe nie stały w widocznym związku z wysokością temperatury. Poty nigdy nie bywały zbyt obfite i tylko u jednéj choréj wystąpić było trzeba przeciw nim z środkami leczniczemi, przyczém atropin potwierdził przyznaną sobie w tym względzie skuteczność. Upośledzenie czucia elektrycznego w skórze powlekającéj stawy zapaleniem dotknięte, które według spostrzeżeń Drozdowa (*Centrbl. f. m. Wiss.* 1875, str. 259) ma być stałym objawem ostrego gośćca stawowego, napotykaliśmy istotnie tak przy użyciu wilgotnych elektrod jakoteż pendzla elektrycznego, jednakże tylko w nieznacznéj liczbie przypadków, co nie odpowiada twierdzeniu Abramowskiego (*Berl. klin. Woch.* 1876, Nr. 7), że zdanie Drozdowa jest zupełnie mylne. W kilku przypadkach stwierdzono naodwrót wygórowaną urażliwość skóry na prąd indukcyjny.

Idąc w ślad za podziałem Senatora, który odróżnia formę lekką, z trwaniem do 2 tygodni, średnią, trwającą 3—5 tygodni i ciężką, z zajęciem 8—12 stawów i trwaniem dłuższém nad 8 tygodni, powiedzieć możemy, że pośród 21 przyp. zapalenia stawów ostrego z kliniki stałéj choroba 2 razy trwała 10—15 dni, 5 razy 16—35 dni, 3 razy 36—55 dni, 7 razy od 56—80 dni, zaś w 7 przyp. chorzy nie umieli dokładnie oznaczyć początku choroby. Średni pobyt w klinice w przypadkach ostrych wynosił 28,8 dni, w przewlekłych 56 dni, a chora jedna musiała pozostać w leczeniu 144 dni, zanim ją doprowadzono do takiego stanu, że mogła opuścić klinikę. Żaden chory nie umarł. W przypadkach ostrych choroba nie pozostawiała w stawach żadnego ważniejszego zboczenia, w przyp. przewlekłych nie osiągano zupełnego uleczenia, lecz tylko poprawę zdrowia niekiedy znaczną.

Przechodząc do leczenia ostrego samoistnego zapalenia stawów, już na wstępie uprzedzić musimy, że nie mamy zamiaru porównywania wartości leczniczéj poszczególnych leków w téj chorobie używanych i polecanych, gdyż do tego potrzeba daleko większego materyjału, poprzestać więc musimy tylko na przedstawieniu skutków, jakie spostrzeżono przy używaniu każdego leku z osobna.

Kwas salicylowy, podawany u 13 chorych, w ilości 3—6 grm. dziennie w dawkach półgramowych okazał, się w znacznéj części przypadków bardzo skuteczny. Bóle stawowe już po kilku dawkach łagodniały a obrzęki stawów znacznie się zmniejszały, jednak tylko u 3 chorych polepszenie to trwało bez przerwy aż do zupełnego ustąpienia choroby, u 9 zaś chorych bóle po kilku dniach znów wracały, lubo w mniejszym stopniu, a nawet wśród używania leku zajmowane bywały sprawą chorobową nowe stawy. Lek ten nie był także w stanie zapobiedz wystąpieniu powikłania ze strony serca, albowiem z trzech naszych chorych, u których powikłanie to wystąpiło już w czasie pobytu w klinice, jeden właśnie używał kwasu salicylowego. Natomiast uboczne działanie tego leku było bardzo nieznaczne, z wyjątkiem bowiem kilku chorych, którzy po użyciu większych dawek skarżyli się na szum w uszach i trzech chorych, u których po wyżyciu 30—40 grm. kwasu salicylowego wystąpiły nudności i brak apetytu, wszyscy inni lek ten znosili bardzo dobrze, a wspomniane wyżéj przypady ustępowały prawie bezpośrednio po usunięciu leku. Salicyn, podawany w 7 przypadkach, wywierał działanie prawie takie same, jak lek poprzedni. U niektórych chorych, gdzie kwas salicylowy nieświetnie działał, podany późniéj salicyn usuwał chorobę bardzo szybko. Zdarzał się jednak i odwrotny stosunek, nie jesteśmy jednak w stanie powiedzieć, dla czego raz działa lepiéj kwas salicylowy, innym razem pierwszeństwo należy oddać salicynowi; być może, że sam okres choroby ma tu największe znaczenie. Salicyn, podawany w ilości 10—15 grm. dziennie, rzadko tylko wywoływał szum w uszach i bardzo nieznaczne przypady żołądkowe, jeden np. chory wyżył w przeciągu dni czternastu 86 gramów salicynu, bez żadnych ubocznych przypadów, podczas gdy objawy zapalenia stawów bardzo szybko ustępowały. Dodać mi wypada, że i w ciągu używania tego leku przyszło w jednym przypadku do zapalenia osierdzia. Bendźwinian sodowy, w dawkach 8—12 grm. dziennie, okazał się w jednym przypadku prawie równie skutecznym jak 2 poprzednie leki, w innym skuteczność jego była bardzo wąt-

pliwa. Chinin, używany 6 razy, działał pomyślnie na przebieg choroby zwłaszcza, gdy po większych dawkach występowały lekkie przypady zatrucia, jakoto senność i silny szum w uszach, w mniejszych dawkach wcale nie skutkował. Pilokarpin, w ilości 0,02 grm., podskórnie wstrzykiwany okazał się w 3 przypadkach tylko o tyle skuteczny, że wśród obfitych potów i ślinienia bóle w stawach prawie zupełnie ustawały, jednak po kilku godzinach wracały z têm samêm nasileniem. Kolchicyn, w ilości 2 miligramów podskórnie wstrzykiwany, u jednego chorego potwierdził skuteczność, jaką przypisują niektórzy autorowie lekowi temu podanemu wewnętrznie. Bóle i obrzęki stawowe ustępowały szybko i stale. Ta tylko okoliczność była nieprzyjemna, że na miejscu wstrzyknienia powstawały dość znaczne i bardzo bolesne nacieki; do utworzenia ropni jednak nie przyszło. Trymetylamin, w roztworze 2 : 100 wody, nie miał w 1 przypadku żadnego wpływu na sprawę chorobową, natomiast wywołał silne nudności i wymioty. Kwas cytrynowy i salicynian chininu, pierwszy w ilości 4 grm., drugi 5 grm. na dobę, nie miały na przebieg choroby żadnego widocznego wpływu.

W przypadkach przewlekłych najlepsze skutki osiągano z dłuższego używania kąpiel słonych, prądu galwanicznego i indukcyjnego, jodku potasu i węglanów alkalicznych wewnętrznie podawanych, jak niemniéj z systematycznego drażnienia skóry stawy schorzałe powlekającéj zapomocą środków zaczerwieniających i pryszczących (nalewki jodowéj, gorczyczników, pryszczydeł kantarydowych). Jodoformowi, podawanemu na wewnątrz, jak niemniéj stosowanemu zewnętrznie w postaci kollodium, nie możemy przyznać żadnego szczególnego działania, kwas zaś salicylowy w przypadkach przewlekłych okazywał się całkiem bezskuteczny. W kilku przypadkach używano plastra chloralowego, poleconego jako środek odwodzący przez Peyrauda (*Bull. de thér.* 1878, str. 160), plaster sporządzony przez pomazanie grubego papieru słabym rozczynem chloralu w gumie tragakantowéj działał bardzo słabo, podczas gdy pędzlowanie rozczynem silniejszym (1 część chloralu na 2—3 części kleiku gumy arabskiéj), lub przyłożenie plastru składającego się z równych części chloralu i tragakanty, wreszcie plastru lepkiego posypanego miałko utartym chloralem pryszczyło wprawdzie skórę bardzo silnie, jednak sprawiało chorym nieznośne bóle. Skutek tego leku nie był o wiele lepszy, aniżeli zwykłego plastru kantarydowego. (Dok. nast.)

II. Oceny i sprawozdania.

Prof. A. Tamassia (w Pawii): **Dell' azione del pneumogastrico nella morte per appiccamento, Reggio nell' Emilia 1880**, in 8vo str. 85.

(Dokończenie. Patrz Nr. 7).

7) Nie wykluczoną atoli jest możebność, że zwierzę po niezbyt długim czasie (5—7 dni) pomimo zboczeń czynnościowych, o których była mowa, może przyjść do siebie powoli i żyć.

8) Jeżeli ucisk nn. błędnych trwa jednostajnie przez minut 10, wtedy zwierzęta prawdopodobnie giną w ciągu 4—6 dni, jakkolwiek nie można wykluczyć możebności, że niektóre ocaleją.

9) Główne objawy chorobowe, występujące po ucisku nn. błędnych, polegają na zmniejszeniu liczby oddechów, na pomnożeniu i osłabieniu uderzeń serca, całkiem tak samo jak po przecięciu nn. błędnych.

10) Podstawą anatomiczną śmierci, w skutek ucisku nn. błędnych występującéj, jest przekrwienie, obrzękłość, rozedma i zapalenie płuc.

11) W każdym razie nie zgadza się z prawdą, jakoby jakikolwiek ucisk nn. błędnych zdołał w ogóle wywołać śmierć natychmiastową.

12) Rozbiór rzeczywistych warunków, zachodzących w powieszeniu, zduszeniu i zadławieniu, wykazuje, że w tych przypadkach nigdy ani stopień ani natężenie ucisku nie dorównywa uciskowi wywołanemu w doświadczeniach.

13) U psów i królików ischemia mózgowa, wywołana przez równoczesne podwiązanie żył i tętnic szyjnych, nie sprawia śmierci ani natychmiastowéj ani powolnéj, jeżeli n. błędny jest nietkniętym.

14) Ischemia taka pociąga za sobą stan zbezczulenia, zapadu, niedomogi, z którego jednak zwierzę w przeciągu 10—12 dni może przyjść do siebie, skutkiem zwiększonego przypływu krwi przez naczynia kręgowe oraz naczynia części miękkich głowy i szyi.

15) Ischemia jednak wspomniona przy równoczesnêm podwiązaniu lub uciśnięciu nn. błędnych może być uważana jako pewna przyczyna śmierci natychmiastowéj.

16) Jeżeli po podwiązaniu naczyń szyjnych (z wyjątkiem kręgowych) wywiera się przez 5 minut ucisk na nn. błędne, jest jeszcze możebnêm, aby zwierzę przyszło do siebie.

17) Jeżeli zaś przy poprzednich warunkach hydraulicznych ucisk na nn. błędne trwa przez minut 10, pewną niemal jest śmierć zwierzęcia w przeciągu 5—9 dni w skutek zboczeń w przyrządach krążenia i oddychania.

18) Ischemia mózgowa łagodzi bardzo objawy kurczowe, które zwykle towarzyszą uciskowi n. błędnego.

19) I podczas trwania téj ischemii uciśnięcie lub podwiązanie nn. błędnych wywołuje objawy zwykle po przecięciu tych nerwów występujące.

20) Ischemia i ucisk n. błędnego, przez doświadczenie wywołane i razem wzięte, w postaci bardzo przesadzonéj ale nie różniącéj się w sposobie powstawania, przedstawiają to, co może powstać w powieszeniu, zduszeniu i zadławieniu.

21) Prawdziwą przyczynę śmierci natychmiastowéj w tych przypadkach należy kłaść na karb zamknięcia dróg oddechowych.

22) Przez zamknięcie dróg oddechowych giną psy czerstwe i silne w przeciągu 5—6 minut.

23) Samo uciśnięcie tchawicy w skutkach swych fizyjo-patologicznych odpowiada w zupełności innym sposobom zamknięcia dróg oddechowych, jakie zdarzyć się mogą w powieszeniu, zduszeniu i zadławieniu.

24) W przypadkach tych zamknięcie niezupełne dróg oddechowych przez 10—15 minut może mieć skutek taki sam, jak zamknięcie przez 3—5 minut.

25) Ischemia mózgowa, wynikająca z ucisku naczyń szyjowych, i ucisk nn. błędnych, bądź każde dla siebie, bądź razem wzięte, przyczyniają się znacznie do zejścia śmiertelnego, wywołanego przez zamknięcie dróg oddechowych; w ostatnim razie skracają obraz przedśmiertny o $^1/_3$, w pierwszym o $^1/_4$ mniéj więcéj.

26) Z doświadczeń uskutecznionych autor wywodzi jako wskazówkę nader ważną, że oddychanie sztuczne powin-

no uchodzić jako najskuteczniejsza pomoc w podobnych przypadkach zamartwicy.

Praca ta zdolną jest rzucić światło na kwestyję, która zdawała się już być rozstrzygniętą, a w praktyce może wyjaśnić mdlenie, w ogóle chorobę w następstwie duszenia lub dławienia występującą, oraz śmierć, która w kilka dni dopiero nastąpić może, — oczywiście z zastrzeżeniem, o ile wyniki doświadczeń na zwierzętach przenosić można na człowieka.

Podając literaturę autor nie uwzględnia pięknych rozpraw Quincke'go *(Berl. klin. Woch.* 1875, Nr. 15 i 16) i Wasylewskiego (z kliniki prof. Korczyńskiego, *Medycyna* 1876, Nr. 34 et seq.), które jednak przytacza w swojém dziele prof. Hofmann we Wiedniu. *L. Blumenstok.*

Porażenie istotne dzieci i jego leczenie podług neuropatologów francuskich.

Porażenie dzieci, które dla nieznajomości zmian anatomicznych Rilliet nazwał istotném, rozpoczyna się, w 40 na 50 przypadków, od podniesienia znacznego ciepłoty; po 12 do 24 godzinach objawy porażenia są już zupełne i dopiero po kilku dniach, w końcu tygodnia, ruchy wracają po większéj części, z wyjątkiem jednego członka, lub jednéj grupy mięśni współdziałających, lub wreszcie jednego mięśnia; w dalszym przebiegu mięśnie porażone ulegają zanikowi, którego następstwem są przeróżne zniepodobnienia. Cornil, późniéj Laborde, rozpoznali 1863 r. w dwóch przypadkach oględzin pośmiertnych dzieci, które cierpiały na porażenie istotne, zanik przedniobocznych sznurów. W r. 1865 Vulpian i Prévost spostrzegli obok zaniku sznurów podobnąż sprawę zanikową w rogach przednich istoty szaréj mlecza. Lockart Clarke spostrzegł w r. 1867, obok zmian powyżéj opisanych, zwyrodnienie komórek znajdujących się w przednich rogach rdzenia, oraz zmiany szczególne w istocie szaréj rdzenia, które badacz ten nazwał podzieleniem się ziarnistém *(desintegratio granulosa)*; sprawę chorobową w komórkach ruchowych w porażeniu istotném dzieci opisali następnie Charcot, Geoffroy, Parrot w r. 1870, oraz Roger i Damaschino w roku 1871. Podług przytoczonych badaczy główne zmiany przy istotném porażeniu dzieci polegają na rozmiękczeniu i podzieleniu ziarnistém istoty szaréj przodkowéj i sznurów przednich, na stwardnieniu i zaniku następowym sznurów przednich, a wreszcie na wyżéj opisanych zanikowych zmianach komórek i istoty szaréj rogów przednich. Zachodzi pytanie, czy sprawa rozpoczyna się w onerwiu, lub też w komórkach i włóknach nerwowych? czy marskość sprowadza zanikowe zmiany w komórkach nerwowych, lub też zmiany te są pierwotne, a marskość następowa? tego ostatniego mniemania (*myelitis parenchymatosa*) są Vulpian i Charcot; Roger i Damaschino sądzą przeciwnie. Nagle powstawanie choroby, najwyższy stopień porażenia występujący na początku choroby, zmniejszenie kurczliwości elektromięśniowéj, szybki zanik mięśni, przemawiają podług Charcota za sprawą miąższową rdzenia, jako występującą na początku, a w przekonaniu tém utwierdzają Charcota te oględziny pośmiertne, które wykazały zajęcie zanikowe komórek nerwowych rdzenia obok nietkniętego onerwia. Przyczyny powyżéj opisanych zmian rdzenia nie są znane: dziedziczność, skaza itd. nie tłumaczą tych zaburzeń.

Stosownie do trzech okresów choroby: *a)* ostrego, *b)* okresu rozwiniętych porażeń i *c)* okresu następowych zniepodobnień, leczenie istotnego porażenia dzieci podług Duchenna, Simona, Laborda winno być trojakie. W okresie ostrym, zapalnym, Simon doradza środki odciągające, gorące wanny (3—4 minutowe), suche bańki, pryszczydła, do tych zachodów Laborde dodaje wcierania maści rtęciowych i środki czyszczące, w którym to celu Duchenne poleca kalomel; z przetworów kojących Simon doradza używać przetworów cykuty i akonitu. Statystyka wyleczeń w 1ym okresie jest nader nieznaczna, a dodajmy i wątpliwa: Simon mówi o trzech przypadkach wyzdrowienia, lecz jakaż jest pewność, że autor ten nie miał do czynienia z prostym nawałem do rdzenia, że komórki rogów przednich uległy już były chorobowemu przeistoczeniu? Dally opierając się na spostrzeżeniach klinicznych, że choroba o której mowa, rozpoczyna się od objawów zapalnych, radzi ułożenie chorego na plecach, spokój fizyczny, rozcieranie krzyżów, środki odciągające, dyjetę mleczną, a nakoniec prąd stały zstępujący, stosowany na członki najczęściéj porażeniu istotnemu ulegające, bez względu na ostry okres choroby.

W drugim okresie istotnego porażenia dzieci, t. j w okresie dokonanych zmian anatomicznych w wyżéj opisanych częściach rdzenia i następstw tych zmian, Duchenne radzi wczesne wzięcie się do faradyzacyi, w 3 lub 4 tygodniu, zanim wystąpią sprawy zanikowe w mięśniach; badacz ten, na którego wiedzę i doświadczenie w rzeczach elektroterapii bezwzględnie liczyć należy, utrzymuje, że we wszystkich przypadkach istotnego porażenia dzieci w 2gim okresie, jeśli kurczliwość elektromięśniowa była tylko zmniejszoną, a nie zniesioną, wytrwale stosowana faradyzacyja doprowadziła do wyzdrowienia bez zniepodobnień następowych.

Okres trzeci, t. j. okres zmian zanikowych w mięśniach i po nich następujących zniepodobnień w symetryi kośćca, wymaga od lekarza wielkiéj pracy i wielkiéj wytrwałości; niestety, przyznać należy, że ze względu na długotrwałą kuracyję, na niepewny jéj skutek, na niecierpliwienie się rodziców, chorzy w tym okresie najczęściéj bywają zaniedbywani: „z wiekiem to się wyrówna“ powiadają rodzicom lekarze, a popełniają takiém orzeczeniem wielki błąd, gdyż z wiekiem nic się nie zmienia na lepsze, lecz przeciwnie na gorsze. Dziecię z porażeniem istotném, któremu każemy pod pozorem wzmocnienia chodzić, a nawet gimnastykować się, bezwiednie pracuje nad postępem swéj choroby; całą pracę mięśniową biorą na siebie mięśnie zdrowe, a pomnożona ta praca w skutek działania zastępczego sprowadza przerost mięśni zdrowych, wtenczas, kiedy mięśnie zanikłe lub zanikające, przy wytworzonéj zdolności zastępczéj mięśni zdrowych, są bezczynne i w coraz większy popadają zanik; równowaga więc mięśniowa z każdym dniem niemal zatraca się, a przerosłe mięśnie zdrowe sprowadzają straszliwe zniepodobnienia i kalectwa. Dla zapobieżenia złemu potrzeba ująć ruchy dziecka w świadomy kierunek i w tym celu należy najściśléj rozpoznać, która mianowicie gromada mięśni lub który mięsień pojedyńczo uległ zanikowi, a znając fizyjologiczne działanie téj gromady mięśni lub pojedyńczego mięśnia, gimnastykować tylko mięśnie chore, działając przeciw ich fizyjologicznemu skurczowi; przypuśćmy, że mamy do czynienia z zanikiem mięśnia dwugłowego ramienia, choremu każemy zginać przedramię ku ramieniowi, t. j. wymagamy, ażeby chory wywołał skurcz mięśnia dwugłowego ramienia, a sami sprzeciwiając się temu zgięciu przez utrzymywanie przedramienia w wyprostowaniu, pobudzamy skurczowe wy-

siłki w jednym zanikającym mięśniu, bez wywołania jednoczesnego skurczu i następowego przerostu w mięśniach zdrowych; praca to zmudna, lekarz nie łatwo wykształci sobie zastępcę, ale też opisane zachody gimnastyczne są jedynie racyjonalne; metodę powyżéj opisaną można zmodyfikować w ten sposób, że sami zegniemy chorą odnogę, a następnie każemy pacyjentowi, ażeby sprzeciwiał się dokonanemu przez lekarza zgięciu, usiłując wyprostować odnogę, a pracy téj ma dokonać mięsień zanikający. Faradyzacyja w tym okresie wymaga również wielkiéj baczności, ażeby prąd przerywany, jak to się często zdarza, nie pobudzał do skurczu mięśni zdrowych, nie działając na zanikające. Do środków pośrednio, lecz dzielnie, działających należy galwanizowanie mięśni zanikających, mięsienie ich (*massage*), oraz hydroterapija, powietrze, odżywianie pożywne, przetwory skrzepiające. Leczenie zniepodobnień przy istotném porażeniu dzieci należy do zachodów lekarskich długich, zmudnych, a w swych skutkach niepewnych. (*Journal de therapeutique*. Nr. 5. 1880).

Dr. A. Kwaśnicki.

Fürbringer: **Badania doświadczalne nad wessaniem i działaniem rtęci metalicznéj zawartéj w szarusze.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 7).

Co do pierwszego wiemy, że para rtęci ulatniająca się zgęszcza i osadza się w postaci metalicznéj na błonie śluzowéj całego przewodu oddechowego, a względnie i przewodu pokarmowego, ale jak uczą doświadczenia Rindfleischa (*Zur Frage v. d. Resorption d. regulin. Quecksilbers. A. f. Dermal. u. Syph.* 1870) owe osadzone kuleczki rtęci nigdy nie przenikają błony śluzowéj, a więc drogą prostą nie dostają się do obiegu krwi, z wyjątkiem przypadków, w których błona śluzowa miejscami była nadwerężona. Zachowanie się zaś pary rtęciowéj w obec skóry rozstrzygnął F. doświadczeniem tego rodzaju, że przedramię jednego z chorych trzymał przez dłuższy czas nad ulatniającą się rtęcią, w skutek czego cała skóra pokryła się osadem matowo-szarym rtęci metalicznéj. Po dokładném spłukaniu osadu wycięto z przedramienia maleńki kawałeczek skóry, który, badany pod drobnowidem, okazał, że na zewnętrznéj powierzchni przyskórka znajdowały się tu i owdzie odosobnione kuleczki rtęci jako pozostałość po osadzie, w głębszych jednak warstwach przyskórka, w warstwie Malpighiego, w przewodach gruczołowych i w torebkach włosowych na pewne nie znaleziono rtęci. O ile z powyższych doświadczeń wynika, że przy zwykłém stosowaniu szaréj maści skóra nieuszkodzona przejmuje w miejscu wcierania rtęć metaliczną do torebek włosowych i przewodów gruczołowych, a ulatniająca się rtęć za pomocą oddychania dostaje się na błony śluzowe przewodu oddechowego i na nich się zgęszcza i osadza, a w podobny sposób zachowuje się i w obec skóry, o tyle nasuwa nam się ważne pytanie, w jaki sposób działa rtęć w powyższy sposób organizmowi dostarczona, czyli co na jedno wychodz, czy zamienia się na formę rozpuszczalną, aby zdolną była do wessania.

Wiemy wprawdzie, że rtęć metaliczna pod wpływem soli kuchennéj, związków białkowatych, wydzieliny skóry i krwi zamienia się na istotę rozpuszczalną, ale ponieważ badania ku temu zmierzające robiono w pracowniach chemicznych po prostu w epruwetce, słusznie można przypuszczać, że tak tu jak i na błonach śluzowych zetkniętych z powietrzem atmosferycznem rtęć metaliczna już pod wpływem ostatniego ukwasza się i staje się rozpuszczalną. F. przeto starał się wykazać, że prawidłowe soki tkankowe w żyjącym organizmie, bez współudziału powietrza atmosferycznego, przemieniają rtęć metaliczną w związek rozpuszczalny. Za wzór soków tkankowych obrał krew krążącą w zamkniętych naczyniach, na działanie któréj wystawił rtęć dobrze roztartą a po pewnym czasie szukał chemicznie w krwi wypuszczonéj rozpuszczalnych składników rtęci. A mianowicie królikom uśpionym wstrzykiwał za pomocą cieniutkiéj kaniuli do żyły szyjnéj lub udowéj jeden sześcienny centimetr zawiesiny zawierającéj 5 grm. rtęci dobrze roztartéj w mięszaninie 15 grm. roczczynu gumy arabskiéj i 5 grm. gliceryny. Po upływie pewnego czasu, a najwcześniéj po 24 godzinach, wypuszczał zwierzęciu krew bezpośrednio ze żyły w ilości około 30 sześć. cm., pozbawiał ją włóknika i zaprawiał 5—10 razy większą ilością $3 \frac{1}{2} \%$ rozczynu soli kuchennéj. Po 24 dzinach, gdy ciałka krwi dokładnie na dnie się osadziły, odlał rozcieńczoną surowicę, zaprawił ją kwasem solnym i chloranem potasowym w celu zniszczenia istót organicznych w niéj zawartych, a następnie śledził rtęć za pomocą elektrolizy. W 12 doświadczeniach otrzymał pięć razy bardzo dokładne pierścienie odczynowe (*Quecksilberjodid*) po upływie 24 godzin aż do dni sześciu, licząc od wstrzyknięcia w żyłę rtęci, czyli przekonał się, że krew żyjąca już po 24 godzinném, a najpóźniéj po 6 dniowém, zetknięciu z rtęcią przemienia ją w związek rozpuszczalny i że ten sam los spotka rtęć, jeżeli przy wcieraniu szaruchy w miejsca obrażone skóry kuleczki rtęci dostają się bezpośrednio do naczyń krwionośnych. Przytém stwierdził i tę ważną okoliczność, że w osadzie ciałek krwi i w skrzepach włóknika dały się zawsze wykazać ślady pierwotnych kuleczek rtęci, lecz zmienione i w rozmaitym stopniu przeobrażenia będące, począwszy od niezniszczonych jeszcze aż do pozbawionych zupełnie cechy i połysku metalicznego, przedstawiających wreszcie czarne nieregularne kształty. Zmiany te przypisuje F. stopniowemu ukwaszeniu kuleczek rtęci.

Kuleczki rtęci osadzone po wcieraniach szaruchy w skórze zdrowéj i nieuszkodzonéj, w przewodach gruczołowych ulegają, według doświadczeń Neumanna i F., po pewnym czasie téj saméj zmianie. N. wykazał, że po 4 tygodniach znikają one zupełnie z przewodów a F. badając kawałek skóry, w ośm dni po wcieraniu szaruchy, przekonał się, że ilość kuleczek rtęci w przewodach gruczołowych znacznie była mniejsza, niż przy badaniu w kilka godzin po wcieraniu robioném, powtóre że kuleczki te ulegały téj saméj zmianie, jaką już widzieliśmy w osadzie ciałek krwi i w skrzepach włóknika, tj. że stopniowo traciły połysk metaliczny, stawały się mętne, czarne i nieforemne, czyli że pod wpływem wydzieliny skórnéj (białka, tłuszczu, kwasów tłuszczowych, soli kuchennéj itd.) ulegały ukwaszeniu i przemieniały się w związek rtęci rozpuszczalny, a tém samém zdolny do wessania.

Co się tyczy pary rtęciowéj, to ta osadzając się przy wdychaniu na błonie śluzowéj dróg oddechowych i pokarmowych znajduje dostateczne, a może jeszcze lepsze warunki, do ukwaszenia jak w przewodach gruczołowych skóry. Działanie lecznicze wcierań szaruchy polega więc, według doświadczeń F., na tém, że liczne kuleczki rtęci przy wcieraniu w skórę niepozbawioną przyskórka dostają się do torebek włosowych i przewodów gruczołów skóry a pod wpływem wydzieliny tychże zamieniają się w związek rozpuszczalny i zdolny do wessania.

2) Para rtęciowa przy wdychaniu zgęszcza i osadza się w postaci metalicznéj na błonach śluzowych i temu samemu ulega losowi; nigdy zaś rtęć nie przechodzi przez skórę ani

para rtęciowa jako taka nie przenika przez błonę śluzową wprost do krwi.

Na miejscach zranionych skóry lub błony śluzowéj

3) może rtęć bezpośrednio dostać się do krwi i w zetknięciu z nią zamienić się w związek rozpuszczalny.

4) Nawet przez proste zetknięcie z produktami rany może rtęć lub para rtęciowa przeistoczyć się na istotę zdatną do wessania. (*Virchows Archiv. f. path. Anat. Band 82 Heft 3., p. 491*). *Dr. T. W.*

Prof. Gussenbauer: Usunięcie nowotworu rakowatego usadowionego w zagięciu esowatém.

Wycinanie kawałków jelit zrakowaciałych nie znalazło dotąd szerszego zastosowania, aczkolwiek większa część chirurgów uznaje rękoczyn ten w wielkiéj liczbie przypadków za zupełnie usprawiedliwiony. Najnowsze doświadczenia na têm polu i próby dokonane na zwierzętach doprowadziły do poznania i częściowego unikania niebezpieczeństw i trudności połączonych z tym rękoczynem. Ponieważ nadto zespajanie jelit, dotychczas już przy różnych okolicznościach przedsiębrane, wcale pomyślnemi może się poszczycić wynikami, to otwarcie jamy brzusznéj celem usunięcia nowotworu złośliwego każdy nieuprzedzony uznać musi za uzasadnione.

Przypadek przez prof. Gussenbauera opisany, a pod wielu względami ciekawy, dotyczy 46-letniego mężczyzny z Hamburga, który cierpiąc od lat wielu na uporczywe zaparcie żywota, w końcu roku 1878 bez przyczyny uczuł nagle w dolnéj części brzucha silny, kłujący ból, który wzmagał się coraz bardziéj i powtarzał się kilka razy dziennie. Równocześnie zauważył chory bolesne obrzmienie jąder, które jednakże w krótkim czasie samo przez się ustąpiło. Z czasem zaparcie żywota stało się jeszcze uporczywszém, chory upadał coraz więcéj na siłach a cera jego stała się bladą, ziemistą. W drugiéj połowie r. 1879 stwierdził lekarz domowy po raz pierwszy guz ruchomy w dolnéj części brzucha, więcéj po stronie lewéj. Dr. Martin, zawezwany natenczas do narady, rozpoznał, znieczuliwszy chorego, nowotwór zagięcia esowatego i jako jedyny punkt wyjścia doradzał poddania się operacyi. Dr. Wilms w Berlinie, do którego jeszcze chory po poradę się udał, zgodził się z rozpoznaniem nowotworu rakowatego, mniéj jednakże okazywał się skorym do operacyi, a to ze względu na wynędzniały stan chorego. Zawezwany do wspólnéj narady G. stwierdził rozpoznanie, wymacawszy przez wiotkie powłoki brzuszne nowotwór wielkości jaja gęsiego, podługowaty, obły, o powierzchni guzkowatéj, przy ucisku bolesny. Przodkowa powierzchnia obrzęku okazała się wypukłą, brzeg zaś tylny, z trudnością tylko wymacać się dający, przedstawiał się wklęsłym i nieco mniejszym niż powierzchnia przodkowa. Od wklęsłości przebiegały w kierunku ku tyłowi 2 twardsze sznurki, których zakończenia nie można było wybadać. Obok tych sznurków natrafiono na dwa guzki ruchome, wielkości fasoli. Nowotwór sam dał się poruszać z wielką łatwością na prawo i na lewo, trudniéj ku dołowi i ku górze. Przy badaniu przez kiszkę odchodową wyczuć było można tylko dolny brzeg nowotworu. G. doradzał również operacyi, chociaż nie bardzo był pewnym pomyślnego wyniku, a to ze względu na gruczoły krézkowe, które zdawały się być zajętemi i ponieważ nasuwała się wątpliwość, czy, po wycięciu znacznego kawałka zwyrodniałego jelita, brzegi zdrowe zespoić się dadzą.

W razie udania się operacyi przewidywano nadto rychłą recydywę, już to ze strony blizny, już to ze strony zajętych, a nie wydobytych, gruczołów wychodzącą, a w następstwie tego zwężenie i powtórną niedrożność jelita. W celu uniknięcia tych niedogodności postanowiono w ostatecznym razie utworzyć rzyć nieprawidłową. Nowe to cierpienie, aczkolwiek przykre, uchylałoby powstanie zwężenia a nadto możnaby przy tym wyniku operacyi do szczętu wyciąć wszystkie zajęte części jelita.

Plan operacyi obmyślano w sposób następujący: Po przecięciu powłok brzusznych i zbadaniu stanu rzeczy na miejscu postanowiono podwójnie podwiązać dolną zdrową część zagięcia esowatego, przeciąć między miejscami podwiązanemi i oczyścić błonę śluzową obu odcinków sposobem przeciwgnilnym. W dalszym ciągu zamyślano odpreparować chorą część wraz z krézką od dołu ku górze a równocześnie tamować krwotok, w końcu po szczelném zamknięciu u góry odciąć kawałek przeistoczony. Nastąpić miało zespojenie zdrowych odcinków, gdyby na to stosunki pozwalały lub utworzenie rzyci nieprawidłowéj. Operacyję wykonał Dr. Martin, w obecności Gussenbauera, w listopadzie r. 1879 w narkozie sposobem przeciwgnilnym. Po przecięciu powłok brzusznych i podwiązaniu wszystkich krwawiących naczyń, natrafiono natychmiast na nowotwór, usadowiony na największéj wypukłości zagięcia esowatego. Według planu z góry obmyślanego usunięto kawałek jelita z przynależną doń krézką, a têm samém gruczoły naciekłe w téj ostatniéj usadowione. Krwotoku i tu starannie unikano, chwytając naczynia przeciąć się mające w pincety i podwiązując je katgutem. W celu zamknięcia górnego otworu jelita i uniknięcia w ten sposób wydostania się treści do jamy brzusznéj użyto osobno w tym celu sporządzonéj klamry kauczukowéj, która zadaniu w zupełności odpowiedziała. Długość kawałka wyciętego wynosiła 10cm. Zbliżenie obu odcinków jelita celem zespojenia takowych nie dało się jednakże żadną miarą osiągnąć, a dla dopięcia tego trzebaby było przeciąć krézkę z obu stron w znacznéj rozległości. Unikając tego postanowiono utworzyć rzyć nieprawidłową, przyczém obwodową część jelita, po zamknięciu otworu za pomocą gęstych szwów, napowrót do jamy brzusznéj wpuszczono, część zaś dośrodkową w ranę ścian brzusznych zaszyto. Chory po téj operacyi wkrótce odzyskał apetyt i siły i żyje dotąd ciesząc się względnie dobrém zdrowiem; bóle nie pojawiły się więcéj. Osobny przyrząd w kształcie opaski przepuklinowéj służy mu do zamykania nieprawidłowego otworu stolcowego.

W drugim podobnym przypadku operowanym i opisanym również przez Gussenbauera, a dotyczącym kobiety 40-letniéj, przebieg mniéj był pomyślny. Nowotwór, usadowiony w tym razie w zagięciu esowatém, można było tylko przez odbytnicę wymacać jako guz ruchomy, okrągławy, wielkości jabłka. Z powodu zupełnéj niedrożności jelita wykonano operacyję, guza jednakże, pomimo skrzętnego śledzenia, nie zdołano odszukać. Wszyto tedy wystającą ścianę okrężnicy zstępującéj do rany brzusznéj i utworzono rzyć nieprawidłową, przyczém ogromna ilość kału się wydobyła. Chora umarła z przyczyny ostrego stłuszczenia serca i obrzęku płuc. Przy sekcyi stwierdzono, że nowotwór zajmował tylną ścianę S. rom., tworząc zwężenie tego jelita prawie zupełnie niedrożne. Obok tego znaleziono nieprawidłowe położenie jelita esowatego skutkiem zrostów, tak że leżało ono głęboko w małéj miednicy i dla tego nowotwór w niém usadowiony jedynie przez odbytnicę wyczuwać się dawał. (*Zeitschrift für Heilkunde* I. B. 3. 4 Hft. Prag 1880). *J. Rr.*

H. Kraussold (Frankfurt n./M): **Prosty sposób ustalenia uda przy wrodzonych zwichnieniach w stawie biodrowym.**

Od przyrządu takiego żądamy, aby: 1) wyrównywał prawie zupełnie chód tak zwany kaczkowaty; 2) aby zapobiegał posuwaniu się główki zwichniętéj ku górze; a w końcu 3) aby nie dopuszczał wytworzenia się garbu i ztąd wynikającego złego trzymania się i nachylenia miednicy. Autor twierdzi, że warunkom tym czyni zadosyć przyrząd, przez niego podany, który składa się z obrączki miednicowéj, ściśle do obwodu miednicy przylegającéj, a więc według odlewu gipsowego wyrobionéj i dwóch pelot półkolistych do poprzedniéj obrączki za pomocą szrub przymocowanych. Peloty te działają ukośnie z przodu ku tyłowi i mają na celu objąć swą wklęsłością krętarz większy i wypełnić zagłębienie pomiędzy nim a kolcem biodrowym przednim górnym. Celem lepszego ustalenia obręczy na miednicy odchodzi od téjże z tyłu pręt żelazny płaski wzdłuż stosu pacierzowego ku górze z dwoma bocznemi naramiennikami. (*Centralblatt für Chirurgie* 1881, Nr. 5). *A. O.*

Walter Kilner: **Zastosowanie prądu przerywanego w czasie porodu.**

Zdarzają się stosunkowo dość często przypadki, w których zdaje się, że poród lada chwila się ukończy, a mimo to trwanie jego się przedłuża z powodu, że, chociaż rodząca nie okazuje znaków wyczerpania sił, bóle są słabe, krótkie z długiemi przerwami. W takich przypadkach niektórzy radzą stosować ergotyn, ale zazwyczaj nie czyni się tego, jeżeli już nie z innych ważnych powodów, to w nadziei, że poród się ukończy, zanimby po leku tym mógł się skutek pojawić. Autor próbował w takich razach prądu przerywanego. Po licznych doświadczeniach wykrył Kilner, że macica ciężarna, jak mięśnie dowolne, posiada punkta ruchowe. Punkta te leżą, zdaniem jego, przy wysokiém ustawieniu macicy, koło linii pociągniętéj od pępka do połowy wiązadła Pouparta, przy obniżeniu się macicy zmieniają swe miejsce. Ponieważ włókna mięsne macicy, jako gładkie, nie tak rychło odpowiadają na bodźce elektryczne jak mięśnie prążkowane, przeto przykładając bieguny w miejscach wskazanych spostrzeżemy najpierw kurcz mięśni brzusznych silniejszy lub słabszy stosownie do mocy prądu, a dopiero po upływie pewnego czasu, $^1/_4$ minuty do 2 lub 3 minut, pojawi się kurcz macicy. Przykładając i usuwając bieguny, np. co $^1/_2$ minuty, wywołujemy kurcze macicy stopniowo silniejsze i dłuższe.

Wpływ prądu objawia się najpierw co do uczucia bólu, które usuwa lub mniéj więcéj zmniejsza. Opierając się na tém, jak również uwzględniając, że uczucie bolu nie stoi zawsze w prostym stosunku do kurczów macicy i że częstokroć bolom niestosunkowo silnym towarzyszą inne jeszcze objawy, jak nudności, wymioty i uczucie mdłości w okolicy żołądka, K. mniema, że uczucie bolu poczęści tylko zależy od kurczów macicy, po części zaś jest przyrody nerwobólowéj. Zgodnie téż z tém silne uczucia bolu spotykamy częściéj u słabych kobiet, jako do nerwobólów skłonniejszych, niż u kobiet usposobienia flegmatycznego. Prąd przerywany usuwa bóle o tyle, o ile one są przyrody nerwobólowéj, a co się tyczy uczucia bólu pochodzącego od kurczów macicy, to zmniejsza się ono przy zastosowaniu prądu, mimo iż kurcze są silne.

Prąd przerywany objawia też wpływ ogólny na ustrój: usuwa upadek sił i zwalnia tętno, gdy było szybkie, jak w ogóle wpływa uspakajająco na tętno. Wpływu na bóle poporodowe K. nie spostrzegł w żadnym przypadku. K. sądzi, na zasadzie swych doświadczeń, że zastosowanie prądu przerywanego winno znaleźć miejsce u chorych: 1) nerwowego usposobienia, które łatwo bywają pobudzone i zwykle silne czują bóle; 2) u takich, u których bolom towarzyszą inne dolegliwości, jak wymioty, czkawka; 3) u takich, które potrzebują pobudzenia.

Stosować prąd najlepiéj przykładając na ściany brzucha, ponad punktami ruchowemi, szerokie bieguny, bo te mniej przykre sprawiają uczucie. Dla złagodzenia bólu wystarcza prąd słaby, celem zaś wywolania skurczów macicy należy stosować prąd różnéj mocy.

Autor stosował dotąd prąd przerywany w 41 przypadkach. We wszystkich nastała ulga w bólach, a wyjąwszy jeden we wszystkich wzmogły się skurcze macicy. Wymioty i nudności ustawały prawie natychmiast. Bole poporodowe były zawsze prawidłowe, matki zaś i dzieci miały się potém dobrze. (*The Lancet* 1881, I, Nr. 1). *Dr. Grabowski.*

Javal: **Niedowidzenie zézujących.**

Autor nadmienia, że już od 7 lat używa stereoskopu w celu usunięcia zézowatości, a jeżeli wstrzymywał się z podaniem wyników, to dla tego, że zależało mu na pociągnięciu linii granicznéj między przypadkami nadającemi się do operacyi a temi, których nie można operować. Celem pociągnięcia téj granicy należy oznaczyć niedowidzenie oka gorszego. Przedewszystkiém wykluczyć potrzeba chorych, których niedowidzenie jest zadawnione i nieuleczne. Pod względem operacyi zaleca się wstrzemięźliwość. Każde oko niedowidzące ma skłonność do zboczenia z czasem na zewnątrz. Ta skłonność zwiększa z biegiem czasu zézowatość rozbieżną, a zmniejsza zbieżną. Jeżeli u zézującego zbieżnie wykona się operacyję ze skutkiem zupełnie pomyślnym, chory ten po latach 20 popadnie w zézowatość rozbieżną. Zézujący rozbieżnie nadają się najmniéj do odniesienia pomyślnego skutku po operacyi; niezbędném jest u nich leczenie za pomocą szkieł. Niepodolność mm. prostych wewnętrznych jest następstwem zézowatości, a nie przyczyną; przyczyną jest różnica refrakcyi obu oczu.

U zézujących zbieżnie niedowidzenie, niekiedy bardzo znaczne, może się zmniejszać bardzo szybko po operacyi albo skutkiem ćwiczenia. Niedowidzenie zézujących zbieżnie może być różnego stopnia. W najwyższym stopniu oko zbaczające nie zwraca się na przedmiot widzenia po zasłonięciu oka zdrowego, ale idzie za nim zbaczając atoli zawsze pod pewnym stałym kątem. U takich chorych nie ma żadnego sposobu usunięcia niedowidzenia. Zézujący tego rodzaju nawet zmuszeni po stracie oka dobrego ćwiczyć niedowidzenie nie zyskują na bystrości wzroku. W tych przypadkach należy mięsień przecinać tém ostrożniéj, im młodszą jest osoba.

Chorych, których oko zézujące zwraca się należycie na przedmiot i wpatruje się w niego po zasłonięciu oka zdrowego, można wyleczyć, bo przyczyną niedowidzenia nie jest u nich tylko tępota siatkówki, ale zarazem wielka niezręczność *(maldresse)* akomodacyi. U nich to osiągnąć można uderzającą poprawę za pomocą atropinu.

Nareszcie zdarzają się przypadki mięszane, w których równocześnie oko zbacza i okazuje zmniejszoną bystrość wzroku. W tych przypadkach należy naprzód poprawić wzrok oka niedowidzącego, a dopiero następnie operować. (*Académie de médecine de Paris* według sprawozdania *Annales d'oculistique. Nov. Dec. 1880*). *Prof. Dr. Rydel.*

Dr. Blau: O schorzeniach ucha w chorobach zakaźnych.

Do narządów, którym nierzadko przychodzi współcierpieć w chorobach zakaźnych, należy obok innych ucho, i to różne choroby zakaźne wywołują różne, mniéj lub więcéj gwałtowne, cierpienia tegoż. Na pierwszém miejscu stoi płonica, statystyka wykazuje znaczne odsetki głuchych w skutek téjże. Sprawa chorobowa w gardzielu pod jakąkolwiek postacią wikłająca płonicę przenosi się na trąbkę Eustachijusza, i ucho środkowe i wywołuje w nich zapalenie śluzowo-ropne, częściéj ropne, rzedziéj błonicowe. Spostrzegano także nie liczne przypadki pierwotnéj błonicy ucha zewnętrznego z następowém zwężeniem lub nawet całkowitém zamknięciem przewodu słuchowego zewnętrznego. Drugą z rzędu chorobą zakaźną sprowadzającą najczęściéj cierpienia ucha jest odra; i tu jak w płonicy zapalenie nieżytowe błony śluzowéj gardziela przenosi się na przewód słuchowy wewnętrzny wywołując téż zwykle lżejsze zmiany w uchu, najczęściéj nieżytowe, tém samém lżéj przebiegające.

W ospie zmiany w uchu nie należą także do rzadkości, dość powiedzieć, że Wendt, który badał 168 uszu w téj chorobie *post mortem*, w 98% znalazł rozmaite zmiany, już to pod postacią krost ospowych w przewodzie zewnętrznym, przekrwienia i obrzmienia tegoż, wrzodów na błonie bębenkowéj, zapalenia śluzowo-ropnego ucha środkowego, rzedziéj czysto śluzowego. Że w durze brzusznym mniejsze lub większe ogłuchnienie zdarza się bardzo często, znaną jest rzeczą; w jednych przypadkach ucho jest zupełnie zdrowe, ogłuchnienie więc można tylko odnieść do zmian w mózgu w skutek wysokiéj gorączki, w drugich środkowe ucho przedstawia śluzowe, bardzo rzadko ropne zapalenie. Być równie może, że w niektórych przypadkach podobnie jak w innych mięśniach i w mięśniach ucha przychodzi do zwyrodnienia woskowatego z następową głuchotą. Tak samo jak w durze brzusznym ma się rzecz i w wysypkowym. Wspomnieć jeszcze należy o głuchocie pojawiającéj się w zapaleniu opon mózgo-rdzeniowych. Polega ona albo na zapaleniu ropném błędnika, które nań z opon się przenosi, albo występuje samoistnie. (*Deutsche med. Wochenschrift* 1881, Nr. 3).

Dr. K. Bossowski.

Wiadom[illegible]i pomniejsze.

(K. B.) **Przeciw eczema capitis** następującego używają sposobu leczenia w szpitalu de Bellevue w Nowym Yorku: po oddaleniu strupów przy pomocy kataplazmów miejsca sączące pociąga się rozczynem azotanu srebra (*Nitr. argent. 0.25, Aq. dest. 30.0*) a następnie opatruje następującym rozczynem:

Rp. Ac. carbol. cryst.
Natri borac. āā 4.0
Glycerini 60.0
Aq. coloniensis 120.0

(*Journal de thérap.*).

(K. B.) **Leczenie krztuśca za pomocą kwasu karbolowego.** Hołdując zasadzie, że krztusiec jest cierpieniem błony śluzowéj górnych dróg oddechowych i to przyrody pasorzytowéj, używa w téj chorobie Dr. Oltramar kwasu karbolowego i to z bardzo pomyślnym skutkiem podaje:

Rp. Ac. carbol. cryst. 1.0
Syr. menthae 40.0
Aq. dest. 80.0

z tego trzy do czterech łyżek dziennie. Ponieważ działanie kw. karbolowego jest tu czysto miejscowe, przeto osiąga się te same wyniki za pomocą wdychań lub wdmuchiwań. (*Progrès médical*).

(K. B.) **Sporysz przeciw moczówce cukrowéj.** Dr. Hunt otrzymał w dwu przypadkach mo[illegible]zówki cukrowéj znakomite skutki podając sporysz w postaci wyciągu; w przeciągu kilku tygodni cukier zupełnie znikł z moczu. (*Abeille méd.*)

(P...i) **Atropin przeciwko krwotokom macicznym i płucowym** zaleca Dr. Tacke z Weselu, używszy bowiem w przypadku wyprysku wstrzykiwania podskórnego siarkanu atropinu w czasie, kiedy pacyjentka odbywała czyszczenie miesięczne, zwykle u niéj bardzo obfite, spostrzegł, że odpływ krwi stał się umiarkowanym i takim pozostał aż do ukończenia się. Późniéj stwierdził jeszcze ten sam skutek na dwóch osobach pięć razy, a co najważniejsza w przypadku krwotoku płucowego dwukrotnie uważał natychmiastowe, zupełne ustanie krwotoku. Uważa on ten środek za lepszy i wyżéj stojący niż *Extr. secal. corn. aq.* i poleca go do dalszego badania. Zapisywać go radzi:

Rp. Atropini sulfurici 0·01
Aq. font. destill. 10·00
M. D. S. 0·3 dwa lub trzy razy dziennie wstrzykiwać. (*Berl. klin. Woch.* 6. 1881).

(K. Gr.) Kostjurin: **Rozdział czerwonych ciałek krwi.** K. przytacza w *Petersb. med. Wochenschr.* spostrzeżenia, wykazujące, że w różnych częściach ciała ilość czerwonych ciałek krwi jest różną, a nawet istnieje różnica w jednych i tych samych częściach stósownie do zmienionych okoliczności. Robił on spostrzeżenia przyrządem Malasseza na ludziach zdrowych i chorych oraz na zwierzętach. Znalazł on, iż czerwone ciałka krwi są daleko liczniejszemi w naczyniach włosowatych skóry okolicy ponadobojczykowéj niż w skórze małego palca i że ta ró[illegible]nica staje się wybitniejszą, gdy ruchy serca są silniejsze. U zdrowych znalazł wachania, między 274.000 a 1.037,600 w sześciennym milimetrze krwi, u chorych, zwlaszcza gorączkujących lub dotkniętych wadą zastawek sercowych, między 621.300 a 1.847.000. Doświadczenia na psach czynione okazują, iż jeżeli zwolnimy prąd krwi przez stósowanie zimna lub podwiązanie tętnicy odpowiedniéj, zmniejsza się znacznie względna ilość ciałek krwi. (*The Lancet* 1881, Nr. 6).

Specificum przeciw włóknikowemu zapaleniu płuc. Dr. Schwarz w Odenheim, przytacza w *Deutsche med. Woch.* Nr. 2, 1881 szereg przypadków, w których po podaniu jodu lub jodku potasu z początku umiejscowiania się zapalenia płuc, stale około końca 2go dnia następowało przesilenie. Zarzut, jakoby w takich razach chodziło o postacie poronne zapalenia, S. odrzuca i jest przekonanym, że tu tylko swoiste działanie jodu ubezwładniło bodziec chorobowy w dalszym jego wpływie na ustrój. Z tém w zgodzie pozostaje wyłączny skutek na początku choroby aż do chwili umiejscowienia się téjże, w pierwszych 24 do 36 godzinach; ponieważ jednak w praktyce wiejskiéj rzadko widzimy chorych w tym czasie, przeto łatwo sobie wytłumaczyć małą liczbę zwalczonych przypadków. Aby tém lepiéj uwydatnić odnośne spostrzeżenia, zestawia autor z materyjału rozmaitych pisarzy tablicę, z któréj widać, że z pomiędzy 933 przypadków włóknikowego zapalenia płuc przy wyczekującém leczeniu zaledwie w 6 pojawiło się przesilenie drugiego dnia choroby, więc w 0·6%, w 44 dnia trzeciego (4·7%), w 69 dnia czwartego (7·4%), najwięcéj bo w 212 dnia siódmego, następnie że przesilenie, rachując od napadu gorączki, nastaje najczęściéj 5—8 dnia. Daléj wskazuje S. na wpływ, jaki Willebrandt jodowi przypisuje w durze osutkowym i brzusznym, i przychodzi do wniosku, że jod lub jodek potasu jest prawdziwym specyfikiem

przeciw czystemu, niepowikłanemu zapaleniu płuc włóknikowemu, że użyty w początku umiejscowiania się (w pierwszych 24—36 godzinach rachując od napadu dreszczu) może takowe w dalszym rozwoju wstrzymać, zapalenie przerwać. Lek ten przepisuje w następujący sposób: *Rp. Tinct. Jod. gutt. 5, Aq. destill. 120.0, Syr. 30.0 MDS.* Co godzina łyżkę zażywać; *Rp. Kali jodat. 1.5—2.0, Aq. destill. 120.0, Syr. 30.0 MDS.* Co godzina łyżkę zażywać. *Dr. T. Świerz* w Skawinie.

III. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Rada Zawiadowcza Tow. lek. gal.

Posiedzenie III. z dnia 10 stycznia 1881.

Przewodniczący Dr. Hoszard. Obecni Drowie Rieger, Rożański, Smutny, Szeparowicz, Merunowicz.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Z powodu przypadającego na dzień 12go bm. 50cio letniego jubileuszu lekarskiego Dra Józefa Majera, Prezesa Akademii Umiejętności w Krakowie, uchwala Rada zawiadowcza, na wniosek kol. Riegera, uprosić telegraficznie swego Przewodniczącego, który właśnie na tę uroczystość do Krakowa wyjechał, by w imieniu Tow. lek. galic. wyraził życzenia zacnemu Jubilatowi i zechciał być tłumaczem naszych uczuć i głębokiego poważania.

3) Sekretarz zawiadamia Radę zawiadowczą, że do kasy Towarzystwa wpłynęło 200 złr. w. a. w listach zastawnych wraz z listem następującéj treści.

Do Świetnego Zarządu Towarzystwa lek. galic. we Lwowie.

W załączeniu mam zaszczyt przesłać Świetnemu Zarządowi dwa 5% listy zastawne galicyjskiego Tow. kredytowego ziemskiego po 100 złr. w. a. z kuponami od 30 czerwca 1881 r. z prośbą, by procentami od nich pokrywano wkładkę roczną, która wynosi rocznie 10 złr. w. a. Gdyby z jakichkolwiek przyczyn mój obowiązek wpłacania wkładki rocznéj ugasł, ma być załączony kapitał wcielony do funduszu żelaznego Tow. lek. gal. Ponieważ takiêm zarządzeniem unika się upomnień, częstokroć niemiłych, szanownego skarbnika Towarzystwa i konieczności pamiętania o terminie każdorazowego przesłania rat wkładkowych, a fundusz żelazny, dotychczas niestety zbyt szczupły, po latach znacznie by się wzmógł, gdyby większa liczba kolegów zechciała pójść za tym przykładem, przeto upraszam dla poddania im téj myśli, udzielić niniejsze pismo (z opuszczeniem podpisu) członkom Tow. lek. galicyjskiego i krakowskiego. Lwów 4 stycznia 1881.

Uchwalono przyjąć ten dar z wyrazem uznania, i ogłosić pismo w całéj treści w protokóle z dzisiejszego posiedzenia.

4) Sekretarz zawiadamia o wyborach dokonanych w Sekcyi Żółkiewskiéj i o przeniesieniu biura Sekcyi z Żółkwi do Sokala.

Na têm posiedzenie zakończono.

Dr. Merunowicz sekretarz.

IV. Kilka słów o „Burkucie".

Powiat kosowski, podobnie jak wiele innych powiatów górzystych, w wody o rozmaitym składzie nie jest ubogim i owszem znajduje się tu tę rozmaitość, jakiéj nie ma w innych powiatach, ma bowiem wody słone (Utoropy, 9 klm. od Kosowa, gdzie dawniéj podobnie jak w Kosowie urząd salinarny istniał, i zakład kąpielowy się znajdował), wody cierpką o smaku wyraźnie ściągającym (Rożen wielki, gdzie woda niewielkiém źródełkiem z szczeliny skały wypływa, a która bliżéj przezemnie badana wodą hałunową być się okazała: 1,2 : 1000, z tą tylko różnicą, że część glinu jest żelazem, a potas sodem zastąpiony) a w końcu wody kwaśne, w gaz kw. węglowy obfitujące, który w dalszym wody biegu ulatniając się pozostawia gruby namuł rdzawy (wody żelazne).

Tylko te ostatnie mają obecnie zastósowanie lecznicze, a jako takie przychodzą w handlu miasteczka Kosowa i innych sąsiednich pod nazwą „wody Burkutowéj", i bywają rok rocznie, w miesiącach najcieplejszych lata, przez gości, acz w szczupłéj liczbie dla braku ubikacyj, przy swych źródłach odwiedzanemi. Wody te ludności powiatu kosowskiego są od bardzo dawnych czasów znane i używane, a o ile z opowiadań górali w pobliżu mieszkających powziąść mogłem, były one, w czasach dawniejszych, gdy okolica Burkutu przed zaprowadzeniem pomiarów katastralnych jeszcze jako prywatna własność w rękach górali pozostawała (obecnie należy do c. k. kamery), jeszcze liczniéj odwiedzanemi, i to nawet przez zamożniejszą okoliczną szlachtę, która sobie około źródeł na czas letni nawet własne domki pobudowała. Jakkolwiek atoli i dzisiaj jest, woda ta i w chwili obecnéj, aczkolwiek w dziełach naukowych nie jest, wedle mojéj wiadomości, cytowaną, zatrzymuje sobie swoje uchwalone imie pomiędzy ludnością biedniejszą Kosowa i powiatów sąsiednich, podobnie jak woda Wysowska powiatu grybowskiego, któréj imię żyje między biedniejszą klasą ludzi powiatu gorlickiego i jasielskiego, a która za poradą lekarską i bez téjże używana, już to w nieżytach oskrzeli już to w niedokrewnościach itp. chorobach, przewyborny skutek okazuje.

Jeżeli atoli obojętność pewna lekarzy, niestarających się, aby wodzie tamtejszej i uznanie świata naukowego zapewnić, têm przynajmniéj może się tłumaczyć, iż źródła krajowe jak Szczawnica, Krynica, Żegiestów w nie zbyt wielkiéj się znachodzą odległości, a więc brak nowych wód, dla każdego choćby skromnie uposażonego, nie tak wielce czuć się daje, to i ten wzgląd pozorny tutaj odpada, jeżeli się zważy, jak wielkie jest oddalenie południowo-wschodniego zakątka Galicyi od powyższych zdrojowisk, i że wielu ludziom klasy uboższéj dozwolonêm jest albo tylko tych źródeł używać lub żadnych, a w końcu jeżeli się doda, że znajomość zdrojowisk wszystkich w kraju przyczynia się i pod względem ściśle scyjentyficznym także i do poznania bliższego własnego kraju. *„Tales sunt aquae, quales sunt terrae, per quas fluunt"*. Plin.

Pierwszą wiadomość o Burkucie powziąłem z poczynającą się wiosną 1879, kiedy chorzy tutejsi szukając u mnie rady lekarskiéj z zapytywaniami się udawali, czyliby wody Burkutu, znanéj ogólnie jako żelaznéj, i w tym roku daléj pijać mogli, gdyż ta w latach poprzednich wcale im dobrze robiła. Byłyto po większéj części osoby cierpiące na nieżyty żołądka, oskrzeli, kobiety na upławy tak białe jak i krwawe i na niedokrewność z rozlicznych przyczyn. Już wtenczas przyszła mi myśl zbadania bliższego téj wody, choćby dla méj własnéj prywatnéj wiadomości, aby módz mieć w przybliżeniu pojęcie, do jakiéj kategoryi wód zdrojowych należałoby wodę Burkutu zaliczyć, i w jakich słabościach ją, z większym lub mniejszym skutkiem, zalecać. W tym celu przedsięwziąłem w sierpniu 1879 tamże wycieczkę zaopatrzony w najpotrzebniejsze przyrządy, któréj wyniki chcę tu w krótkości podać.

Źródło Burkut, którą to nazwę i miejscowość sama podziela, leży w wysokich połoninach Karpat wschodnich, tuż po nad biegiem Czeremoszu czarnego, nie w większéj niż 20—30 klm. odległości od źródła rzeki; a więc w owym zakątku Galicyi wschodniéj, który jakby klinem między Węgry a Bukowinę się wciska. Aby się doń módz dostać, jedzie się zazwyczaj przez Kosów wprost na południe kotlinką rzeczki Rybnicy przez Jaworów i górę Bukowiec do

Jasionowa, gdzie zamiast trzymać się brzegów rzeki Czeremoszu (z powodu braku dalszéj drogi po za Żabiem) jedzie się na Hryniawę i u źródeł Czeremoszu białego jedzie się przez górę Wajtonarkę, by dostać się ponownie w dolinę Czeremoszu czarnego i drogą, nie więcéj niż 20 klm. liczącą, wzdłuż téj rzeki do Burkutu zdążyć.

Z opisu tego czytelnik łatwo pozna, że droga co dopiero opisana narażać musi podróżnego na przebywanie gór dość wysokich, i czyni, że droga w skutek tego z Kosowa na 2 dni przedłużać się musi, podczas gdy przy zachowaniu drogi wzdłuż Czeremoszu czarnego aż do samego Burkutu (gdyby takowa i po za Żabie była poprowadzoną) przy wyjeździe z brzaskiem słońca w jednym dniu u zdroju stanąćby można było.

(Dokończenie nastąpi).

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* W Nrze 25 Dziennika ustaw i rozporządzeń krajowych, wydanym i rozesłanym w d. 15 bm., mieści się rozporządzenie c. k. Ministerstwa spraw wewnętrznych z d. 10 grudnia 1880 r. do L. 17993 dotyczące cennika leków na r. 1881.

Statystyka epidemij. W tygodniu 4 (do 22 stycznia) ospa rozszerzyła się bardziéj w Londynie. Leczyło się w szpitalach 543, świeżo zapadło 142, umarło 42. W Paryżu umarło 25. W Kopenhadze i Chrystyjanii również pojawia się ospa. W Wiedniu umarło 29, w Tryjeście 3, w Madrycie umarło od 12—18 grudnia 40. Z duru brzusznego umarło w Paryżu 61, przyjęto chorych z durem brzusznym do szpitalów więcéj, niż w zeszłym tygodniu. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 14, w Madrycie 4. Z cholery umarła w Madrycie 1 osoba od 29 listopada do 5 grudnia. Choroby zapalne narządu oddychania wystąpiły groźniéj w Londynie, gdzie umarło 575. W Krakowie umarło w tygodniu 5 (do 39 stycznia): 2 z ospy, 1 z błonicy, 1 z duru osutkowego 1 z róży, i doniesiono w tymże tygodniu: o 2 przypadkach ospy, 2 odry, 1 płonicy, 2 błonicy, 5 duru brzusznego.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 4 (do 22 stycznia) umarło na 1000 mieszkańców i na rok w Krakowie 36,4; we Lwowie 42,1; w Poznaniu 30,3; w Wiedniu 31,1; w Budapeszcie 35,8; w Pradze 41,3; w Tryjeście 34,0; w Berlinie 26,7; w Wrocławiu 34,1; w Gdańsku 31,3; w Monachijum 29,2; w Dreźnie 24,1; w Lipsku 22,0; w Genewie 19,2; w Brukseli 26,7; w Amsterdamie 27,1; w Hadze 20,8; w Paryżu 32,6; w Londynie 28,4; w Kopenhadze 21,9; w Stokholmie 36,7; w Chrystyjanii 22,1; w Petersburgu 45,8; w Odesie 36,0; w Wenecyi 28,1; w Bukareszcie 27,6; w Madrycie 38,6; w Barcelonie 32,7; w Aleksandryi 42,7; w Nowym Yorku 28,1; w Filadelfii 23,9; w Bombayu 32,6; w Madrasie 38,4. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 17 lutego. Wydział gospodarczy III Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich uchwalił ostatecznie, że Zjazd odbędzie się w dniach od 21 do 25 lipca rb., tj. bezpośrednio po Zjeździe pedagogów odbyć się mającym w Krakowie w dniach 18, 19 i 20 lipca, przez co nie jednemu z uczestników Walnego Zebrania pedagogicznego dana będzie sposobność wzięcia udziału w Zjeździe lekarzy i przyrodników. Prócz tego na ostatnich 4 posiedzeniach Wydział gospodarczy zajmował się rozsyłaniem zaproszeń na Zjazd i zastanawiał się nad sekcyjami, na jakie wypadnie Zjazd podzielić.

Prócz tego Wydział w zasadzie uchwalił, że ze Zjazdem ma być połączona, podobnie jak w r. 1869, wystawa przyrodniczo-lekarska, którym to przedmiotem zajmuje się specyjalna Komisyja pod przewodnictwem dyrektora Muzeum techniczno-przemysłowego krakowskiego, Dra Baranieckiego. Do wykładów w sekcyjach Zjazdu zgłosiło się dotychczas 8 lekarzy i 6 przyrodników, a liczba ta jest oczywiście małym ułamkiem tych wszystkich, którzy na Zjeździe prace swe przedstawią, gdyż termin zgłaszania się naznaczony jest aż do końca maja rb.

(I. M.) Na wniosek kraj. Rady zdrowia udzielił Wydział krajowy za odszczególnienie się przy szczepieniu ochronném od ospy w r. 1880 pierwszą nagrodę w kwocie 200 złr. Adolfowi Landau w Gródku, drugą nagrodę w kwocie 180 złr. Drowi Ignacemu Jendlowi w Drohobyczu, trzecią nagrodę w kwocie 150 złr. Maurycemu Feuersteinowi w Nadwórny, wreszcie czwartą w kwocie 100 złr. Joachimowi Grabkowiczowi w Tarnowie.

* W Japonii wychodzi teraz 6 czasopism lekarskich, z których najlepsze mają być: *J-ji-Rhumbun* i *J-ji-Shinsi;* wszystkie jednak ogłaszają tylko tłumaczenia z rozpraw europejskich i amerykańskich. *(Gaz. Hebd.)*

* **Wiedeń** W miejsce prof. Alberta Wydział lekarski w Insbruku ma proponować w ternie: Nicoladoniego, b. asystenta prof. Dumreichera, Wölflera i rodaka naszego Mikulicza, asystentów prof. Billrotha.

* **Berlin.** Zjazd X niemieckiego Towarzystwa chirurgicznego odbędzie się tu w dniach 6—9 kwietnia rb.

Staraniem prof. Leydena utworzyło się nowe Towarzystwo dla medycyny wewnętrznéj, którego prezesami obrano Frerichsa, Leydena i Fraentzla, a sekretarzami Littena i Ewalda.

Docent prywatny Dr. Flügge, znany z prac na polu higijeny doświadczalnéj, przeniósł się jako docent do Gietyngi.

* **Mianowania i odznaczenia.** Prof. Weinlechner, prymaryjusz w szpitalu Rudolfa przeniesiony został jako prymaryjusz do szpitala powszechnego, a posadę prymaryjusza w szpitalu Rudolfa otrzymał rodak nasz Dr. Hofmokl, docent chirurgii.— Dr. Ziegler zamianowany został profesorem anatomii patolog. w Zurychu. — Prof. Ahlfeld w Lipsku mianowany prof. położnictwa i ginekologii w Giessen. — Prof. Kaposi mianowany został dyrektorem kliniki dermatologicznéj we Wiedniu i przełożonym połączonego z nią oddziału szpitalnego dla chorób skórnych.

* **Wiadomości osobowe.** Lekarzami starszymi rezerwowymi mianowani zostali: Dr. Miron Jajus i Dr. Szymon Arkel we Lwowie, Dr. Hilary Schramm w Krakowie: asystentem w rezerwie: Dr. Dyjonizy Biliński we Lwowie.

* **Nekrologija.** W Bordeaux umarł profesor Wydziału lek. Dr. Mabit. — W Mentonie umarł Aleksander Iwanów, profesor oftalmologii w uniwersytecie kijowskim, zaszczytnie znany z licznych i pięknych prac w dziedzinie anatomii patologicznéj oka. Zmarły pracował i we Wiedniu pod Biesiadeckim, a w świecie naukowym bardzo był poważany. — Ofiarą zawodu swego padł młodziutki, bo dopiero 24 lat liczący, lekarz paryski Henryk d'Olier, jeden z redaktorów *Progrès médical,* lekarz szpitalny w Bicêtre, młodzieniec bardzo wielkich zdolności, autor wielu rozpraw w dziedzinie neurologii.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 7: Schreibera: Kilka uwag o operacyi pojedynczéj wargi zajęczéj sposobem Nélatona: Gajkiewicza: O umiejscowieniach czynności i zboczeń mózgowych (c. d.) *W Gazecie Lekarskiéj* Nr. 7: Elsenberga: Zmiany anatomiczne ślinianek przy wściekliźnie u psa i człowieka; Talki: O uszkodzeniach oczu u popisowych; Matlakowskiego: Obecne stanowisko metody Listerowskiéj (c. d.)

Piśmiennictwo lekarskie. Dr. Buszek: Przyczynek do statystyki śmiertelności głównie z chorób zakaźnych i ważniejsze jéj przyczyny w m. Krakowie. Kraków 1880, 8vo str. 122.

Jedném z nielicznych pism, zajmujących się sprawami dotyczącemi interesów naszego miasta, jest dziełko, którego tytuł podaliśmy. Od lat trzydziestu pięciu, jak sam autor nadmienia, to jest od czasu pojawienia się w r. 1845 rozprawy Dra J. Majera pt. „Wpływ stanu meteorologicznego na śmiertelność,“ materyjały statystyczne, zbierane przez ten długi szereg lat, zalegały w biurach różnych urzędów i wcale nie były zużytkowanemi. Kraków przed kilku laty uważany był za jedno z miast najzdrowszych w państwie austryjackiém, tymczasem dane statystyczne, zebrane przez autora z jedynastu lat (1868—1878),

wcale tego nie potwierdzają. W przecięciu w ciągu tego czasu umierało rocznie w Krakowie 35,5 a ze zmarłymi w skutek cholery 38,3 na tysiąc osób. Wprawdzie na podwyższenie téj liczby wpływają dwie okoliczności: raz, że cyfra ta wyraża ogół zmarłych w Krakowie to jest prócz obwodów w szpitalach i klinikach, gdzie przebywają i osoby obce z po za Krakowa, powtóre, że obliczano tylko ludność cywilną z wyłączeniem załogi wojskowéj, między którą śmiertelność jest znacznie mniejsza; ale choćbyśmy z tego powodu śmiertelność o 2 do 3 na tysiąc rocznie zniżyli, zawsze pozostanie wysoką i znacznie wyższą, niżli w dobrze pod względem sanitarnym urządzonych miastach Anglii, Francyi i Niemiec. Do czynników przeważnie działających zalicza autor sprawę gnicia, któréj zawdzięczają swe powstanie choroby zakaźne. Częstość tych chorób służy do ocenienia, o ile mamy zanieczyszczony grunt, wodę i powietrze, czyli, o ile miasto nasze możemy zaliczyć do miast zdrowych. Od r. 1868 do 1878 zestawił autor dane co do pojawiania się wszystkich chorób zakaźnych wspólnie, a następnie co do ospy, odry, płonicy, duru, oraz dławca, błonicy, krztuśca, róży, czerwonki i gorączki połogowéj, zastanawiając się nad stosunkiem procentowym śmiertelności według pór roku, płci, wyznania, zatrudnienia, zamożności i pomieszkania (podług obwodów i ulic); najszczegółowiéj zastanawia się autor nad durem, co do którego załącza także uwagi nad stosunkiem opadów meteorycznych i stanu Wisły do śmiertelności. Cyfry średniéj śmiertelności porównywa, o ile na to materyjały statystyczne dozwalały, ze śmiertelnością Lwowa, Wiednia, Budy-Pesztu i innych miast. Dochodzi do rezultatu, że w Krakowie z płonicy i duru średnio tyle umiera, co i w innych miastach, nieco mniéj z ospy, dławca i błonicy, lecz że to o wiele więcéj z odry, krztuśca, róży, czerwonki, gorączki połogowéj, a przedewszystkiém z zimnicy; oraz że są w Krakowie pewne ulice i domy, które więcéj od innych sprzyjają powstawaniu i szerzeniu się chorób zakaźnych. Za źródło téj zgubnéj przewagi Krakowa po nad innemi miastami uważa głównie większe zanieczyszczenie istotami gnilnemi lub produktami z gnicia pochodzącemi, jego gruntu, wody gruntowéj i powietrza. Uwagi nad gruntem miasta Krakowa, zbiornikami odchodów ludzkich, dołami kloacznemi, kanałami i śluzami kanałowemi, śmietnikami, dziedzińcami i rynsztokami, oraz sposobem zabudowania nowych dzielnic miasta, zakończa praktycznemi wnioskami zdrowotnemi. Daléj zastanawia się nad wodą studzienną, urządzeniem studzien i ich oprawy, sąsiedztwem kanałów i rynsztoków. Zastanawiając się nad powietrzem w mieście, przechodzi z kolei urządzenie podworców, trąby zlewne, kanały miejskie i ujścia kanałowe, stan Wisły, urządzenie wychodków, sposób czyszczenia dołów kloacznych, urządzenie kryminału, aresztów policyjnych i miejskich, ogrzewalnie, pomieszkania stróżów, warsztaty, szkoły, wreszcie szpitale.

Dziełko Dra B., napisane *sine ira et studio*, a wytykające wszelkie zboczenia, mogące wpłynąć na zwiększenie śmiertelności w mieście naszém, oraz podające sposoby polepszenia stosunków zdrowotnych, polecamy najmocniéj nie tylko lekarzom ale i ojcom miasta. Mamy nadzieję, ze wczytawszy się pilnie w uwagi fizyka miejskiego, nadal zapewne przy rozprawach nad zaprowadzeniem stósownych urządzeń i ulepszeń nie będą się unosić jedynie względami oszczędności tam, gdzie dobrze zrozumiany interes miasta będzie wymagał większych nakładów, lecz za to wpłynie na polepszenie stosunków zdrowotnych i zmniejszenie śmiertelności, a tém samém przedłużenie życia mieszkańców miasta w ogóle, a ich samych, oraz członków ich rodzin w szczególności. *Wł. Ściborowski.*

Leczenie suchot dawniéj a teraz, przez autora: „o postępach leczenia wodą i powietrzem (Dra Wł. Jasińskiego ze Lwowa).

Popularną tę rozprawę odczytał autor na jedném z posiedzeń sekcyi lwowskiéj Tow. lek. gal., poddając ocenie zgromadzenia jéj tendencyję i zawarte w niéj zasady lecznicze. Jak już tytuł rozprawki wskazuje, wziął sobie tenże za przedmiot obznajomienie publiczności z nowszemi sposobami leczenia suchot, aby przez to samo usunąć zakorzenione przesądy, których o téj chorobie może najwięcéj istnieje, a które niejednokrotnie krępują najlepsze zamiary lekarza. Pominąwszy już wiarę w niedorzeczne środki ludowe lub uniwersalne, istnieje wiele przestarzałych pojęć po dawniejszym sposobie leczenia, polegającym na zapisywaniu morfinu, na usiłowaniu chronienia chorych od przeziębienia przez trzymanie ich w łóżku choćby w dusznym pokoju, — lub posyłaniu ich na żętycę, któréj niegdyś cudowne skutki przypisywano. Dla tego téż przedewszystkiém wykazuje autor niestósowność dawnego postępowania przez porównanie z pomyślnemi wynikami postępowego leczenia, kierując tym sposobem przekonaniem publiczności na korzyść nowéj metody. Tendencyja téj rozprawki bardzo chwalebna, zasady zaś lecznicze są to znane lekarzom najnowsze zdobycze w tym kierunku, mianowicie przez Brehmera, Schnitzlera, Schreibera, Winternitza i innych, tj. aby chorych przenieść w najpomyślniejsze warunki higijeniczne w celu najlepszego ich odżywienia i dla dostarczenia im czystego powietrza do wentylowania płuc schorzałych. W obec znakomitych zalet tego higijenicznego leczenia wykazuje nieużyteczność środków aptecznych, zwłaszcza morfinu, o któréj szerzéj się rozwodzi, niezawodnie w celu zmniejszenia nadużycia tegoż, co więcéj do lekarzy aniżeli do publiczności jest zastósowaném. Na małą skuteczność żętycy a nawet jéj szkodliwość przez zbytnie używanie również zwraca uwagę, co ze względu na mnogość grzechów z żętycą bardzo jest stósownem. Wspominając wreszcie o względnéj wartości wód mineralnych mówi o skutecznem leczeniu bez takowych w uzdrowiskach Falkensteina, Goerbersdorfie itp.; kończy zaś rozprawkę przestrogą, iż tylko wczesne rozpoznanie i leczenie suchot powyższemi czynnikami skutecznie usiłowania uwieńcza. *Dr. Tarnawski* (ze Lwowa).

Redakcyja otrzymała:

W. ORTH. Uber die Immunität der Mutter bei Syphilis des Vaters u. angeborner Syphilis der Kinder. Heidelberg 1880. in 8vo str 32. (Jest to rozprawa inauguralna, przeznaczona do druku przez Wydział lek. w Heidelbergu, opracowana pod przewodnictwem proff. Duscha i Jurasza.) (Sprawozdanie podamy niebawem).

Dr. RYDYGIER. Exstirpation des carcinomatösen Pylorus. Tod nach 12 Stunden. (Odbicie z D. Zeitschr. f. Chir. Rozprawa ta poprzednio umieszczoną była w Przegl. Lek.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. Ś. w Sk. Żałujemy, że z drugiego sprawozdania korzystać nie mogliśmy, ponieważ je otrzymaliśmy wcześniéj od innego kolegi. Prosimy jednak o pamięć na przyszłość.

Na rzecz funduszu dla wdów i sierót po lekarzach złożyli w Redakcyi koll. Madurowicz 10 złr., Janikowski 5 złr. NN. 5 złr., Goebel 5 złr., Gralewski 5 złr.

Do Nru dzisiejszego dołącza się skład Tow. lek krak. w dniu 31 grudnia 1880.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja:
Ulica Podwale Nr. 84.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Boulv. Voltaire 180, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia op. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 26 lutego 1881. № 9. Rok XX.

I. Uwagi z powodu szerzenia się chorób połogowych pomiędzy ludnością żydowską w Krakowie.

Napisał Dr. H. Jordan..

Przed nie wielu jeszcze laty epidemije gorączki połogowéj w zakładach położniczych należały do częstych zjawisk. I dziwić się nie można, że się te choroby tak łatwo szerzyły w miejscach, gdzie w krótkim odstępie czasu liczne odbywają się porody, gdzie każdą rodzącą bada dla nauki po kilkakroć osób kilka, które przez nieostrożność lub lekkomyślność jad chorobotwórczy osobom badanym zaszczepić mogą, gdzie wreszcie niekiedy dla braku miejsca nie można było oddzielić chore położnice od zdrowych i ustrzedz od zakażenia narzędziami wspólnemi lub rękami osób, które kolejno zdrowe i chore obsługiwały. A przecież dzięki prawdziwemu poznaniu przyczyny powstawania i udzielania się téj choroby, dzięki zwróceniu skutkiem tego uwagi na zachowanie możliwéj czystości podczas porodu i połogu, dzięki zastosowaniu powszechnemu środków przeciwzakaźnych celem ochrony od choroby i celem leczenia jéj, przydarzają się dziś przypadki takiéj epidemii w zakładach dobrze urządzonych i dobrze kierowanych o wiele rzadziéj, tak iż niegdyś zjawisko prawie zwykłe stało się wyjątkowém.

I pomiędzy niewiastami odbywającemi połogi w domach prywatnych przydarzały się dość często epidemije gorączki połogowéj, choć zwykle ograniczone na małe przestrzenie i prawie zawsze w zakresie działania jednego lekarza lub jednéj położnéj. Hirsch zestawił w swém dziele (*Handbuch d. historisch-geographischen Pathologie,* II tom, 1864) wiele takich przykładów opisywanych przez rozmaitych autorów. Ale dziś w obec postępu nauki, skoro w zakładach udało się tak znakomicie zmniejszyć rozszerzanie się téj choroby, sądzić wypadałoby, iż poza zakładami, w mieście, przypadki takie zupełnie zaginą, wszak tutaj ubywa wiele dla położnic niekorzystnych czynników, które w zakładach nie dadzą się usunąć. Wszak w zakresie praktyki prywatnéj jednego położnika lub położnéj przydarzają się zwykle porody rzadziéj, w dłuższych odstępach czasu, niż w zakładach, i już z tego powodu zniszczenie jadu chorobotwórczego jest łatwiejsze, a przeszczepienie go z choréj osoby na zdrową mniéj prawdopodobne, wszak tutaj rodzące bada mniéj osób i bada się je w ogóle rzadziéj, więc mniéj jest sposobności do zakażenia, a wreszcie w praktyce prywatnéj rzadziéj lekarz przechodzi do rodzącéj od trupa lub rany posokującéj niż w szpitalach. A przecież doświadczenie moje 10-letnie poucza mnie, iż u nas, przynajmniéj w Krakowie, epidemije gorączki połogowéj wcale nie są nader rzadkie. Po kilkakroć mogłem stwierdzić, iż gorączka ta, na którą szereg położnic zapadł, z jednego pochodziła źródła, tak, iż mam przekonanie, że zwykle wymieniane korzyści odbywania połogu w domu mogą być w obec innych niekorzystnych warunków iluzoryczne, i że dla wielu kobiet pobyt w tym czasie w swojém mieszkaniu nie przedstawia wcale większych widoków szczęśliwego przebiegu. Daléj poucza mnie moje doświadczenie, iż o wiele częściéj chorują u nas żydówki niż chrześcijanki, i nietylko odosobnione przypadki zdarzają się częściéj pomiędzy niemi ale i epidemije szerzą się częściéj i rozległéj tak, iż nie rzadko cały szereg położnic żydówek zapada na ciężkie formy gorączki połogowéj, podczas gdy dobry stan zdrowia utrzymuje się pomiędzy położnicami chrześcijańskiemi, z których częściéj ubogie niż majętniejsze zapadają. W wyznaniu przyczyny tego oczywiście szukać nie można, a zdaniem mojém także nie w wyższéj skłonności do chorób połogowych, którą zresztą nikt u nich dotąd nie stwierdził, ale raczéj w zwyczajach, jakie panują w téj części naszéj ludności.

Poniższy krótki opis przypadków, które między żydówkami od początku października do końca grudnia 1880 roku spostrzegałem, potwierdzi to moje zdanie. Przepraszam jednak z góry, iż opis ten nie będzie dokładny, szczególnie co do przebiegu choroby i jéj leczenia, bo są to przypadki z praktyki prywatnéj, z których tylko dwa mogłem od początku choroby do końca obserwować a inne widziałem raz lub kilka razy w pewnym odstępie czasu.

W ciągu tych 3 miesięcy widziałem ja sam przypadków 16 chorób gorączkowych pochodzących z części rodnych, a z tych 4 zakończyło się śmiercią. Że to jednak nie jest zupełna liczba wszystkich chorych żydówek, które w tym czasie połóg odbyły, łatwo w obec rozdzielonéj praktyki między lekarzami zrozumieć. Jako dowód przytoczę, iż koll. B. i W. wspominali mi o jednéj położnicy, która w listopadzie z powodu pyemii życie zakończyła (więc 5ty przypadek śmierci), że kolega B., jak mi opowiadał, wzywany był przez akuszerkę W. na kilka dni przed chorobą niżéj wymienionéj Sch. (14) do choréj okazującéj przypady *pelviperitonitis*, u któréj ja nie byłem, że wreszcie w mojém ambulatoryjum widziałem w tym roku kilka pacyjentek z wypociną około-maciczną, które poród w ostatnim kwartale roku zeszłego odbywały. Gdybyśmy więc liczbę mnie samemu znanych przypadków (16) tylko o połowę (8) powiększyli i liczbę 24 uważali jako sumę wszystkich chorych położnic, to wypada na 210 porodów, które w tym czasie żydówki w Krakowie odbyły, prawie 12% chorych, a 2,5% przypadków śmierci. Jest to więc liczba bardzo pokaźna, jeżeli się uwzględni, iż Winckel w dziele swojem (*Pathologie u. Therapie des Wochenbettes*, Berlin, 1878) 0,6 do 0,7% jako średnią śmiertelność położnic w domach prywatnych uważa. Podobnie wielką liczbę chorych spostrzegałem tylko przed 3 laty w Krakowie, kiedy w zakresie praktyki jednéj położnéj W. w przeciągu kilku tygodni kilkanaście położnic zapadło, jak to także i inni koledzy zauważali.

Poniżéj zestawiam spostrzegane przezemnie przypadki chorób połogowych chronologicznie według dnia odbytego porodu i objaśniam je, o ile mi to jest możliwe i do celu mego potrzebne.

1) U pacyjentki W. zastałem, wezwany do porodu, który się przed 48 godzinami rozpoczął był, gorączkę, język zasychający, macicę przy dotyku bolesną, ciepłotę pochwy powiększoną i odpływ brudnéj ze smołką pomięszanéj wody płodowéj; bóle porodowe były bardzo słabe a główka leżała w próżni miednicy. Mozolném pociąganiem kleszczami wydobyłem dziecko omdlałe ale które dało się docucić; po porodzie przestrzykałem pochwę i macicę rozczynem 2% kwasu karbolowego. Już na drugi dzień jednak pokryły się lekkie naddarcia szpary sromowéj brudno-szarą wypociną, która się szerzyła w głąb pochwy, zkąd bardzo brudne i śmierdzące odchody spływały. Bolesność źle ściągniętéj macicy i jéj okolicy, bardzo wysoka gorączka przerywana dreszczami, chwilowo gwałtowny niepokój choréj, któréj tętno do 150 uderzeń dochodziło i większy opór w obydwóch bocznych i bardzo bolesnych sklepianiach przemawiały za rozpoznaniem: *Colpitis et Endometritis diphtheritica*, *Parametritis septica*. Obecną była akuszerka Z. [1]), która twierdziła, iż od dłuższego czasu wszystkie jéj położnice były zdrowe zupełnie; ja tę pacyjentkę już chorą zastałem przy pierwszéj mojéj wizycie, a przedtém nie dotykałem się przez kilka dni żadnych istót gnilnych i kleszcze miałem czysto utrzymane. Celem leczenia przestrzykiwałem macicę po kilkakroć dziennie, a w przerwach akuszerka przestrzykiwała pochwę. Poród odbył się tu 1 października 1880.

2) Wezwany do choréj Ka. 4go tegoż miesiąca, u któréj kolega Dr. St. odkleił już sztucznie łożysko z powodu wielkiego krwotoku, spostrzegłem ku memu wielkiemu zdziwieniu położnę Z. Zganiłem ją, ale ta zapewniając mnie, że bardzo pilnie ręce swe wodą karbolową 5% myje, pielęgnowała odtąd We. i Ka., na czas nieobecności swéj pozostawiając przy każdéj z nich posługaczkę. Wydobyte łożysko oglądaliśmy starannie z kolegą St.; było całe wraz z błonami wszystkiemi; kolega St. nie miał przed operacyją żadnego zajęcia, z którego mógłby zarazek chorobotwórczy pacyjentce zaszczepić. Pacyjentka mimo to zapadła na silne zapalenie macicy i jéj okolicy, a wypocina ztąd powstała sięga do dziś dnia aż do wysokości pępka. Urodzone dziecko żywe.

3) U pacyjentki Zw. stwierdziłem 4go dnia po porodzie dobrowolnym, który się odbył 12 października *Endometritis* z odpływem brudnych odchodów i rozpoczynającą *perimetritis*. Wypocina zapalna dotąd zupełnie jeszcze nie ustąpiła. Przyczyny pierwotnéj stwierdzić nie mogłem. Obecna akuszerka Y. Dziecko zdrowe.

4) Pacyjentkę Ho., która d. 13 dziecko trzecie lekko urodziła, widziałem w piątym dniu połogu i stwierdziłem *Endometritis* i *parametritis*; dalszy przebieg i akuszerka obecna nie są mi znane.

5) Pacyjentka Ro. urodziła d. 16 lekko dziecko zdrowe w obecności położnéj Z., która i Nr. 1 i Nr. 2 odwiedzała i pielęgnowała. W połogu miały wystąpić, wkrótce po porodzie, silne boleści w podbrzuszu, z powodu których wzywano lekarza i robiono wstrzykiwania karbolowe do pochwy. W 3 tygodnie po porodzie wezwany znalazłem obok gorączki znaczną wypocinę okołomaciczną. Ciąża była trzecia, wypocina okołomaciczna dotąd nie ustąpiła.

6) D. 25/X. wezwano mnie do porodu pierwiastki N., u któréj znowu położną Z. spotkałem: główka zaczynała się przerzynać, poród odbył się dobrowolnie w mojéj obecności, dziecko żywe, łożysko odeszło całe. W kilka dni późniéj stwierdziłem szarobrudną wypociną okryte wrzody na brzegu pochwy i zapalenie okołomaciczne. Zalecono obok innych środków wstrzykiwanie karbolowe, które zresztą położna sama przed mojém zaleceniem już robiła.

7) D. 28/X. urodziła dziecko żywe pierwiastka L., do któréj w kilka dni późniéj wezwany znalazłem obecną położnę Z. i stwierdziłem owrzodzenia brzegów wejścia pochwowego; w następstwie wywiązało się zapalenie otrzewnéj ograniczone nieco powyżéj okolicy miednicy, a w dwa tygodnie późniéj zapalenie gruczołów przyusznych, z których jedno przeszło w ropienie.

8) Sch. po drugim porodzie d. 28/X. zapadła na *Endo-* i *parametritis*; pacyjentkę widziałem raz jeden, nie wiem téż, która była położna.

9) U pacyjentki G. znalazłem, w 4 tygodnie po lekkim porodzie trzecim, który się odbył 6 listopada, znaczną wypocinę okołomaciczną; usługiwała jéj położna W.

10) Pacyjentka NN. okazywała 5 dnia po porodzie piątym 12/XI., podczas którego kolega Br. musiał odkleić sztucznie ręką łożysko, objawy zapalenia otrzewny ogólnego z rozpoczynającym zapadem, skutkiem czego w dwa dni późniéj śmierć nastąpiła. Położna X.

11) Ho. pierwiastka, poród dobrowolny, dziecko żywe, położna U. Od piątego dnia obserwowałem chorą; przebyła owrzodzenia pochwowe i zapalenie okolicy okołomacicznéj, obok silnéj gorączki; dotąd leży chora.

12) Pr. poród czwarty 18/XI dobrowolny, położna X. w połogu *Endo-* i *parametritis*.

---

[1]) Położne obecne przy chorych, o których mówię, oznaczam umyślnie zgłoskami nie odpowiadającemi ich nazwisku. Wszyjednak przypadki poniższe znają i inni koledzy, wiedzą tém

13) W pięć dni po prawidłowym drugim porodzie, który się odbył 18/XI, znalazłem u chorej Go. macicę bolesną, odchody blado-krwawe, obfite, sklepienia pochwowe bardzo bolesne i mniéj podatne obok znacznéj gorączki. Następnego dnia, po silnym dreszczu, wystąpiły silne bóle w barku prawym i w stawie łokciowym prawym i lewym oraz w karku wreszcie niepokój, oddech mocno przyspieszony i rozwolnienie. Badanie fizyczne stwierdzało rozpoznanie *Endometritis, parametritis, polyarthritis* i *pericarditis septica.* Śmierć 27/XI. Obecna akuszerka V.

14) Sch., która od dawnych lat okazywać miała naciek w szczytach płuc, ale w szóstéj ciąży zdrowa się czuła, urodziła lekko dziecię żywe w obecności akuszerki. W., dnia 11/XII. 3go dnia dreszcz i odtąd gorączka; 4go dnia znalazłem po raz pierwszy wezwany, odchody dość obfite krwawe, bolesność sklepienia pochwowego lewego i wielkie wzdęcie brzucha. W dniach następnych stwierdzono kolejno *pleuritis dextra, pericarditis* i *peritonitis universalis septica* z rozległą wypociną płynną w jamie otrzewnéj. Śmierć 26/XII.

15) Pierwiastka M., 7 dni po porodzie prawidłowym, który się odbył 12/XII miała być zupełnie zdrową. 8 dnia (20/XII) znalazłem ciepłotę po silnym dreszczu 40·2, odchody krwawe, macicę tkliwą przy dotyku i bolesność w sklepieniu prawém, gdzie w kilka dni późniéj wyraźną wypocinę można było stwierdzić. Odtąd ciągle wysoka gorączka częstemi przerywana dreszczami, uporczywe wymioty; od kolegów dowiedziałem się, że następnie okazała się *parotitis*, po jednéj stronie *pneumonia, decubitus,* skutkiem czego chora po kilkutygodniowéj chorobie umarła; akuszerka N.

16) N. pierwiastka; *Conjugata diagonalis* 10 cm., słabe bóle; poród zakończyłem kleszczami (20/XII), akuszerka N. Szóstego dnia po porodzie wezwany ponownie stwierdziłem, *Endometritis, pelviperitonitis*; przebieg łagodny, chora wyzdrowiała. Wszystkie te kobiety urodziły dzieci żywe i donoszone.

Leczenia w powyższych przypadkach nie opisuję zupełnie, bo opis taki z przyczyny wyżéj wymienionéj musiałby być jeszcze więcéj niedokładny, niż opis przebiegu. Tyle tylko wspomnę, iż u wszystkich chorych robiono wstrzykiwania rozczynem karbolowym 2% do pochwy, a wyjątkowo tylko w przypadku pierwszym do jamy macicy. Nie o przebieg ani o leczenie rozchodzi mi się téż obecnie, ale o wykazanie przyczyny powstawania choroby tj. czy w ogóle i w jaki sposób da się w danym przypadku zakażenie od zewnątrz wykazać.

W pierwszym przypadku zakażenie od zewnątrz było możliwe, ale ani obecna akuszerka przyznać się do tego nie chce, ani ja nie mogę; z opisu jednak przypadku wynika, iż tutaj zakażenie samoistne *(Selbstinfektion)* nie tylko było możliwe ale i prawdopodobne. Mniéj atoli trudności przedstawiają przypadki następne: 2, 5, 6, 7, w których ta sama położna obecną była. Porównajmy daty tych porodów: 1, 4, 16, 25, 28 października. U każdéj z tych kobiet gorączkujących były brudne odchody, z powodu czego robiła u każdéj ta sama położna wstrzykiwania i nie zaniechawszy pielęgnowania poprzedniéj pacyjentki przechodziła do porodu następnéj. W przypadku 2gim stanowczo wykluczam zakażenie samoistne lub zakażenie przez lekarza operującego, a u innych chorych nie można było znaleść żadnéj sposobności ku temu; jedna położna Z. łączy tylko te przypadki w jeden łańcuch i widocznie ona przenosiła na palcach lub swych narzędziach przyrzut chorobotwórczy pierwszéj choréj na 2gą, z téj na 5tą i w ten sposób daléj. Téj saméj położnéj nie spotykamy już w listopadzie i w grudniu; widocznie przykre doświadczenie uczyniło ją więcéj ostrożną, i pacyjentki jéj świeże przestały zapadać.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Kazuistyka sądowolekarska.

Sprawozdanie z ważniejszych przypadków
podał prof. Dr. **Blumenstok.**

IX. Katastrofa w kopalni.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 7.)

Otrzymawszy orzeczenie nasze Sąd wezwał tutejsze starostwo górnicze o wyjaśnienie, na kim wina nieszczęścia ciążyć może. Starostwo po wysłuchaniu urzędu okręgowego przedłożyło Sądowi swoją odpowiedź, w któréj czyniło ważne zarzuty orzeczeniu sądowo-lekarskiemu. W skutek tego Sąd zawezwał nas, abyśmy po rozpatrzeniu się w przedstawieniu urzędowém podali swoje nad niém uwagi.

Zarzuty te były następujące: „Urząd okręgowy zaprzecza wręcz, jakoby zatrucie owych pięciu ludzi nastąpiło przez gaz CO_2. Już w dawniejszym przypadku nagłéj śmierci górnika stało się widocznem, że w szybie Rudolfa ma się do walczenia z gazem, który nie bezwarunkowo znajduje się u spodu szybu, ale się wywiązuje z wody kopalnianéj przez rozdrobnienie téjże, spadającéj z podszybia II do bagna szybu. Nadto zasługuje na uwagę, że zwyczajny przypływ wody nie przemaga pompy parowéj umieszczonéj w szybie; działa więc ta pompa jako najlepszy środek do usunięcia gazów ciężkich. Nie można téż przypuścić, że przez uderzenie kilofem i podważenie jakiéj bryły gaz CO_2 mógł wydobyć się ze szczeliny, albowiem raz wiadomo jest, że robotnicy tylko oprawą miejsca byli zatrudnieni a robotę tę już ukończyli byli, a powtóre, gdyby w horyzoncie III pękła jaka szczelina napełniona tym gazem, to mogłoby to tylko nastąpić w pobliżu lampy wiszącéj, któraby w téj chwili zgasnąć musiała. Orzeczenie lekarskie nie wspomina o możebném otruciu gazem SO_2, ani o tém, że otrucie gazem H_2S i w ten sposób mogło nastąpić, iż działanie jego na krtań tak było silném, że nagłe odurzenie nie dozwalało już temu gazowi udzielić się krwi. Komisarz górniczy twierdzi daléj, że gdy przez wypompowanie wody z bagna V udał się do horyzontu III, to lampa spuszczona na samą ziemię a nawet, do bagna V doskonale się paliła, podczas gdy on sam w pobliżu horyzontu III stojąc prosto czuł w krtani silne drażnienie, tak że tam zaledwie kilka minut mógł wytrzymać. Ztąd wnosić można, jak gwałtowném musiało być działanie, kiedy tama przerwawszy się w horyzoncie II wcisnęła cały zasób gazów do podszybia III. Z tego powodu oświadcza się urząd za tém, że skutkiem nagłego przerwania się tamy i spuszczenia się wody utworzyła się taka ilość gazu H_2S, że uduszenie ludzi w jednéj chwili nastąpić musiało; bagno zaś nie było napełnione gazem CO_2, a pompa parowa wystarczyła na przypływ zwykły, gdy woda powoli do bagna ściekała; w tym przypadku jednak wystarczyć nie mogła, gdyż woda nagle w wielkiéj ilości spadła; pompa starczyła na wymagania przewidzieć się dające. Spuszczenie zaś skrzyni było okolicznością uboczną, bo któż miał się nią ratować, kiedy nawet nikt do ucieczki się nie przysposabiał.“

Po rozpatrzeniu się w tych zarzutach i wszystkich aktach odpowiedzieliśmy co następuje:

1) Pomijając tę okoliczność, że zdanie obecne urzędu nie jest w zupełności zgodném ze zdaniem tego samego urzędu poprzedniém, w którém była mowa o dłuższém wziewaniu gazu H_2S, spostrzegamy w zdaniu obecném sprzeczności, które wykazać musimy.

Ponieważ w orzeczeniu naszém wykluczyliśmy śmierć z otrucia gazem H_2S, więc urząd górniczy przypuszcza, iż śmierć nastąpiła w danym razie przez zadziałanie gazu tego na krtań, przez co powstała śmierć przedmiotowo wykazać się nie dająca. Przypuszczenie to atoli jest mylném, a to z następujących powodów:

a) Nie ulega wątpliwości, że silne działanie gazu H_2S może wywołać śmierć człowieka bardzo szybko, ale i w takim razie otrucie wykazać można. Nigdy zaś gaz ten nie działa na krtań i nie wywołuje kurczu nagłośni; własność tę atoli posiada w wysokim stopniu gaz CO_2, lubo kurcz przezeń wywołany szybko ustępuje, tak że na karb onego nie można kłaść śmierci, którą gaz nieoddychalny w krótkim czasie wywołuje.

b) Jeżeli woda siarczana, zawierająca w sobie gaz H_2S, rozpyla się, wtedy właśnie gaz ten przy wolnym przystępie powietrza atmosferycznego rozkłada się; w takim więc razie gązem trującym nie mógł być gaz H_2S.

c) Według sprawozdania urzędowego komisarz górniczy twierdzi obecnie, że spuściwszy się d. 24 maja do szybu a stojąc prosto w pobliżu horyzontu III czuł w krtani silne drażnienie, tak że zaledwie kilka minut mógł wytrzymać. Chociaż nad tém twierdzeniem poniżéj jeszcze nam się zastanowić wypadnie, już na tém miejscu zwrócić musimy uwagę Sądu, że i to twierdzenie przemawia przeciw gazowi H_2S, gdyż gaz ten nigdy drażnienia w krtani nie wywołuje; własność tę posiada w wysokim stopniu inny gaz, a mianowicie gaz SO_2.

d) Wreszcie komisarz górniczy podaje, że stojąc na horyzoncie III spuścił lampę na samą ziemię, a nawet do bagna a takowa doskonale się paliła. Że okoliczność ta niczego nie dowodzi, wykażemy późniéj.

2) W orzeczeniu naszém drogą wykluczenia doszliśmy do wniosku, że śmierć owych pięciu górników nastąpiła z gazu CO_2. Sprawozdanie urzędowe wspomina także o gazie SO_2. Nie przeczymy, że gaz ten wywiązać się może z wody siarczanéj spadającéj z wysokości a więc rozpylającéj się przy wolnym przystępie powietrza, i że gaz ten jest trującym; przemawia nawet za tym gazem twierdzenie komisarza, że w horyzoncie III czuł drażnienie w krtani i to silne. Ale o tém drażnieniu w krtani nikt poprzednio nie wspominał; nadto wynika z zeznań Stanisława T., że już w nocy przed katastrofą, gdy on z kilkoma towarzyszami pracowali w horyzoncie III, woda zaczęła ściekać i że wtedy powietrze zaczęło ich dusić; gdy on wyszedł do horyzontu II, aby poprawić tamę, w chwilę potém pozostali towarzysze zaczęli dzwonić i wołać o pomoc; tym razem pomoc szybko udzieloną została, skutkiem czego robotnicy już całkiem osłabieni od duszności ocaleli. W nocy zaś z 23 na 24 maja zrazu Stanisław T. i dwaj towarzysze śród roboty w horyzoncie III czuli ból oczu; z tego powodu wyszli na horyzont I, aby się przewietrzyć; dopiero koło godziny 2giéj zrana, gdy woda z góry zaczęła się spuszczać całym szybem a robotnicy wołali o spuszczenie skrzyni, Stanisław T. uciekając w górę doznał tylko bólu oczu. Objawy takie, o jakich wspomina Stanisław T., wywołuje tak gaz CO_2, jak gaz SO_2; ostatni atoli ma nadto woń przykrą, pobudza do łez i kaszlu a pociąga za sobą niemniéj przykre uczucie ściągania i duszenia, tak że każdy człowiek natychmiast na téj woni, jako rozlegającéj się od palącéj się zapałki siarczanéj się poznaje i ma się na baczności; ztąd téż to pochodzi, że gaz ten rzadko wywołuje otrucie ostre i że z tego powodu zmiany, jakie pociąga za sobą, znane nam są tylko z doświadczeń czynionych na zwierzętach. Przeciwnie gaz CO_2 ma woń słabo kwaskowatą, a więc nawet przyjemną, wywołuje on łzawienie i ból oczu, zamglenie oraz duszność, ale nie pociąga za sobą kaszlu. Trudno pomyśleć, aby górnik spotykający się w szybie z gazem SO_2 mógł się od razu nie poznać na nim, o wiele łatwiéj może nie poznać się na obecności gazu CO_2, jako o wiele zdradliwszego, bo zrazu tylko duszność wywołującego. Nadto przemawia przeciw gazowi SO_2 wynik sekcyj: podczas gdy zmiany u wszystkich pięciu ludzi znalezione, jeżeli nie cechują otrucia gazem CO_2, to przynajmniéj za niém przemawiają, to z drugiéj strony wykluczają one prawie otrucie gazem SO_2, gdyż według doświadczeń czynionych na zwierzętach po tém otruciu krew bywa gęstą, brudno-czerwoną i skrzepłą.

Z największém więc prawdopodobieństwem orzekamy, że śmierć owych pięciu ludzi nie powstała skutkiem działania gazu SO_2.

3) Drogą wykluczenia dochodzimy więc i obecnie do wniosku, że wzmiankowani ludzie umarli z otrucia gazem CO_2, za którym przemawiają nadto zmiany pośmiertne, barwa i płynność krwi oraz choć ujemny rezultat próby widmowéj. Wypada nam w końcu zastanowić się nad przeciwném zdaniem urzędu górniczego.

W orzeczeniu naszém przypuściliśmy, że siedzibą gazu CO_2 w szybie Rudolfa było bagno V, jako miejsce najniżéj położone, do którego codziennie woda siarczana ściekała i spływała. Wiadomą jest rzeczą, że prawie wszystkie wody siarczane, tak zimne jako ciepłe, nie wyjmując Swoszowickich, obok gazu H_2S zawierają i gaz CO_2, i to ostatniego nierównie więcéj niż pierwszego; usprawiedliwioném więc było przypuszczenie, że w bagnie V mógł mieścić się gaz CO_2. Urząd górniczy nie zaprzecza zrazu istnienia tego gazu w bagnie V, ale zwraca uwagę na okoliczność, że pompa w szybie znajdująca się działa jako najlepszy środek do usunięcia gazów ciężkich, jakim jest CO_2 i że przypływ zwyczajny wody nie przemaga pompy; ale w innem miejscu dodaje, że nie podlega wątpliwości, iż w tym przypadku tj. podczas silniejszego przypływu wody pompa wystarczyć nie mogła, a więc przyznaje, że podczas katastrofy pompa nie mogła wydalić wszystkiego gazu CO_2, który znajdować się mógł albo w bagnie V, albo świeżo wywiązał się z wody spływającéj. Wprawdzie w dowód, że ani w bagnie V ani w horyzoncie III bezpośrednio po katastrofie nie było gazu CO_2, urząd przytacza próbę uskutecznioną przez komisarza, a mianowicie palenie się lampy i kagańca; ale pomijając znów okoliczność, że i o téj próbie nigdzie w aktach nie ma wzmianki, to próba ta żadnéj nie ma wartości, albowiem wiadomą jest rzeczą, że świeca nie gaśnie w powietrzu mieszczącém w sobie 10—12% CO_2, podczas gdy człowiek w powietrzu zawierającém 3% CO_2 doznaje wielkiéj duszności, a przy 10% szybko życie tracić może, a to tém prędzéj, im więcéj ludzi pozostaje w takiéj atmosferze i to w miejscu szczupłém. Wreszcie próba ta, jeżeli istotnie uskutecznioną została, wykluczyłaby obecność

gazu SO_2, który również palenia nie utrzymuje; gdybyśmy więc na téj próbie polegać mogli, to właściwie nie byłoby w szybie żadnego gazu szkodliwego! A mimo to wszystko urząd twierdzi, iż udowodnił, że w bagnie nie było CO_2, — dowodu tego atoli naszém zdaniem bynajmniéj nie dostarczył.

Przypuśćmy atoli, że brak gazu CO_2 w bagnie byłby udowodnionym, to i w takim razie jeszcze orzeczenie nasze, że owi górnicy zginęli z gazu CO_2, nie byłoby zachwianém. Moglibyśmy w takim razie przypuścić, że gaz ten wywiązał się ze spadającéj wody siarczanéj; dodajmy do tego uszczuplony wielce albo zupełnie zatamowany przystęp powietrza atmosferycznego do ciasnego miejsca, w którym robotnicy pracowali, tak że wydychając CO_2 a nie otrzymując tlenu otruli się po części we własnym CO_2, (zwłaszcza gdy w aktach niema wzmianki, że w szybie Rudolfa istniał przyrząd do przewietrzenia, w jaki kopalnie zaopatrzone bywają) a palący się ciągle kaganiec, pochłaniając ciągle kwasoród, a tworząc CO_2, do śmierci robotników tylko przyczynić się musiał.

W orzeczeniu naszém powiedzieliśmy, że śmierć wszystkich 5ciu ludzi nastąpiła bardzo prędko, co jednak nie wyklucza wcale możebności ocalenia wszystkich lub przynajmniéj kilku z nich, gdyby przez spuszczenie szybkie skrzyni odpowiednia pomoc im została udzieloną. Wynika bowiem z zeznań Stanisława T., że robotnicy poznali się na grożącém niebezpieczeństwie, skoro przekonawszy się o spadnieniu wody, jeden z nich zawołał: „Bójcie się Boga, co będziemy robić", i wołał, aby skrzynię spuszczano; że zaś gaz zabójczy nie dał im się we znaki natychmiast, dowodem tego, że T. miał czas do ucieczki i że opuszczając horyzont widział, iż towarzysze jego daléj kopali, i „nic sobie z tego nie robili", przekonani zapewne, że pomoc szybka ich nie minie.

W każdym więc razie nagłe spuszczenie się wody było przyczyną nieszczęścia, a przy braku szybkiéj i energicznéj pomocy o odwróceniu go mowy być nie mogło. (C. d. n.)

III. Oceny i sprawozdania.

Ueber die Immunität der Mutter bei Syphilis des Vaters und angeborner Syphilis der Kinder. Inaugural-Dissertation von W. Orth. 1880.

Mimo licznych i pouczających prac o odziedziczaniu w kile, wielu zjawisk nie umiemy sobie wytłumaczyć. Do takich zjawisk należy częste spostrzeżenie, iż matki rodzące dzieci kiłowe, same cieszą się zupełném zdrowiem i nie ulegają zakażeniu kiłowemu. Kassowitz opierając się na tém spostrzeżeniu wywnioskował, iż przyrzut jest ciałem uorganizowaném, które z krążenia płodu do matczynego krążenia dojść nie może. Wprawdzie przeciwko twierdzeniu K. przemawiają liczne doświadczenia, dowodzące przechodzenia ciał uorganizowanych z krążenia matki do płodu, mimo to jednak twierdzenie K. liczy wielu zwolenników. Orth słusznie nie zadowala się tém tłumaczeniem, a przytaczając z własnego doświadczenia trzy przypadki, w których ojciec kiłowy płodził dzieci zakażone, a mimo to matka nie była zakażoną, wprowadza, wprawdzie z wielką nieśmiałością, nowe tłumaczenie tego zjawiska. O. przypomina syfilizacyją, wykonywaną przedewszystkiém w celach leczniczych przez niedawno zmarłego Boecka, i przypuszcza, że w ten sam sposób, jak syfilizacyja usuwa objawy kiłowe, względnie leczy zakażenie, tak samo ciągła wymiana krwi zakażonego płodu z krwią niezakażonéj pierwotnie matki, jest owym czynnikiem, który leczy rodzące się z chwilą zapłodnienia zakażenie u matki. Autor jednak inaczéj wyobraża sobie działanie szczepienia, względnie syfilizacyi, jak inni autorowie; wiadomo bowiem że syfilizacyja działa o tyle, o ile przez to wymiana organizmu zakażonego jest przyspieszoną, a o działaniu chemiczném wydzielin ustroju kiłowego, nie ma mowy, jak to doświadczalnie stwierdzono, używając z równym skutkiem, zamiast ropy wrzodów przez szczepienie powstałych, wydzielinę owrzodzeń po drażnieniu skóry (*vesicatory Cullerier*). Syfilizacyja więc leczy, jak mówią, przez odciąganie, a takie działanie trudno wyobrazić sobie w ustroju matki brzemiennéj płodem kiłowym. Pomysł syfilizacyi, to faktyczna zasługa autora, malejąca bardzo ze względu, iż jéj zastosować nie można w tych przypadkach. Syfilizacyję tę nazywa sam autor śmiałą hipotezą, bo sam widzi w niéj znaczne braki. Daléj ucieka się do bardzo sztucznego przypuszczenia, aby wytłumaczyć, że ten sam czynnik, który leczy matkę i działa zarówno na płód, nie leczy płodu. Możnaby przypuścić, mówi autor, że lepszym jest skutek syfilizacyi u matki, z powodu jéj lepszéj konstytucyi, albo może płód otrzymuje większą ilość przyrzutu, a matka mniéj, a działanie przyrzutu matki jest za słabe, aby znieść chorobę w płodzie. Ilość przyrzutu udzielonego płodowi, może wpływa na okres wystąpienia ogólnych objawów zakażenia u płodu, które przy większéj ilości przyrzutu występują jeszcze w łonie matki, a przy mniejszéj ilości, po urodzeniu się noworodka. Pomijam rozbiór przypadków, opisanych i obserwowanych przez samego autora, z których pierwszy bynajmniéj nie wytrzymuje krytyki, iż kiła dzieci udzieliła się z ojca, ale wspomnę o przypadku, obserwowanym przez prof. Jurasza, a przez autora przytoczonym. Oto w tym przypadku ojciec kiłowy spłodził, we dwa lata po ostatniéj recydywie, dziecię zdrowe, w rok późniéj drugie dziecię zdrowe, poczém znowu wystąpiły u niego objawy kiłowego zakażenia, późniéj trzecie dziecię zdrowe, które w jedenaście miesięcy po ukazaniu się przypadów kiły u ojca się urodziło, nakoniec w rok potém bliźnięta zupełnie zdrowe. Ani dzieci, ani matka, mimo licznych badań, nie przedstawiały zmian żadnych widocznéj kiły. Z przypadku tego wysnuwa O. wniosek, że ojciec kiłowy może rodzić zdrowe dzieci i że matka, mimo zakażenia ojca, może pozostać na zawsze zdrową, wniosek zupełnie usprawiedliwiony licznemi spostrzeżeniami, który w danym przypadku nas nie zadziwi, gdy przypomnimy sobie znany fakt, iż kiła nie udziela się w okresie przejściowym i późnym, a zmiany u ojca opisane przemawiają właśnie za tém, że chory znajdował się w tym okresie, w którym choroba nie przenosi się na potomstwo *Dr. Krówczyński.*

G. Tiger: O działaniu fizyjologiczném siarczanu diuboasinu na organizm zwierzęcy.

T. robił w pracowni fizyjologicznéj prof. Nawrockiego w Warszawie na rozmaitych zwierzętach doświadczenia z krystalicznym siarkanem duboisinu, nabytym u firmy Hege et Cie w Dreźnie. Skreśliwszy historyję duboisinu i podawszy dokładną sprawę z poszczególnych doświadczeń, dochodzi na podstawie tychże do następujących wniosków:

1) Duboasin działa na krążenie u zwierząt w taki sposób, że w małych dawkach poraża obwodowe zakończenia nerwów błędnych i pobudza ośrodek naczynioruchowy, w wielkich zaś dawkach osłabia on czynność nerwów i

zwojów pobudzających ruch serca, poraża mięsień serca i zmniejsza napięcie ośrodka naczynioruchowego.

2) Przyspiesza oddychanie w skutek pobudzenia obwodowych rozgałęzień nerwów błędnych w płucach.

3) Zatrzymuje wydzielanie w gruczołach ślinowych i potowych, poraża strunę bębenkową i włókna nerwowe potowe.

4) Zatrzymuje ruch robaczkowy kiszek przez porażenie przyrządów nerwowych zwojowych w ich ściankach.

5) Sprawia rozszerzenie się źrenicy, przez porażenie nerwu okoruchowego.

6) Poraża nerwy ruchowe, nieporażając przytem wcale, albo tylko bardzo mało, mięśni prążkowanych i nerwów czuciowych. *(Pamiętnik Tow. lek. warsz.* 1881, I). *L. B.*

F. Röhmann: **O wydzielaniu chlorków w gorączce.**

W pracy téj, uwieńczonéj przez Wydział lekarski w Berlinie, znachodzimy wytłumaczenie znanego, a dotąd niejasnego, objawu zmniejszania się chlorków w moczu w chorobach gorączkowych, a przedewszystkiém zapaleniu płuc. Zmniejszenie takie pochodzić może albo z niedostatecznego, niezupełnego wchłonienia spożytych z pokarmami chlorków w przewodzie pokarmowym, albo jeżeli tak nie jest, to nie zostają takowe w całéj ilości nerkami wydzielone, co znów może polegać albo na upośledzeniu czynności nerek albo zależeć od innych okoliczności zostających w związku z ogólną przemianą materyi. Na te wszystkie pytania znachodzimy odpowiedź w pracy autora. Oznaczając ściśle ilość chlorków spożytych z pokarmami pod postacią soli czyli chlorku sodu, oznaczając takowe w moczu i kale, i to w chorobach gorączkowych ostrych jak i przyostrych, pokazało się, że w chorobach ostrych mniejsza lub większa część chlorków nie zostaje przez nerki wydzieloną, że to jednak nie polega na niedostatecznem chłonieniu w przewodzie pokarmowym jak równie że nie masz żadnego upośledzenia czynności nerek, że więc przyczyny tego zmniejszenia szukać należy w ogólnéj przemianie materyi, zmienionéj pod wpływem gorączki. W gorączce następuje mniejszy lub większy rozpad tkanin, białko tychże zaczyna krążyć. Jedna część tegoż rozpada się natychmiast w ostateczne produkta, reszta pozostaje jako takie w organizmie łącząc się w osoczu *(plasma)* z chlorkiem sodu i tym sposobem prowadzi do zmniejszenia się chlorków w moczu.

Przyczyną więc zmniejszenia się chlorków w moczu jest zachowanie się krążącego białka do chlorku sodu w osoczu. Tym sposobem da się wytłumaczyć, dla czego przy dłuższéj gorączce w chorobach przyostrych nie ma czasami zmniejszenia chlorków, w osoczu bowiem, które przyjęło maximum ciałek białkowatych nie może nastąpić dalsze łączenie z chlorkiem sodu, tyle chlorków wydzieli się z moczem, ile się ich z pokarmami wprowadziło. Do pracy téj dołączone są liczne tablice graficznie przedstawiające wyniki badań w pojedyńczych przypadkach. (*Zeitschrift f. klin. Med. I. 3*). *Dr. K. Bossowski.*

Schäfer: **Badania porównawcze nad działaniem atropinu, duboisinu i homątropinu na oko.**

Autor, zachęcony przez prof. Hippla, badał, w jego klinice, działanie trzech wymienionych środków co do wpływu na źrenicę i akomodacyję, tudzież co do ich zachowania się względem ezerynu. Doświadczenia uskuteczniano z $1\frac{1}{2}\%$ roztczynem częścią na ludziach, częścią na królikach. Ostateczne wyniki doświadczeń przedstawiają się jak następuje:

Atropin rozszerza źrenicę nieco wolniéj od duboisinu, ale rozszerzenie trwa dłużéj, duboisin wywołuje w krótszym czasie rozszerzenie i działa z początku silniéj, ale działanie jego przemija szybciéj. homatropin nareszcie (*homatropinum hydrobromat. cryst.*) działa najszybciéj z wszystkich trzech środków, ale rozszerzenie jest najsłabsze i trwa najkrócéj.

Pierwszy ślad rozszerzenia źrenicy występował u człowieka po zapuszczeniu jednéj kropli $\frac{1}{2}\%$ rozczynu:

atropinu	w przecięciu	po 14	minutach
duboisinu	„	„ 8	„
homatropinu	„	„ 9	„

Ostateczne zwężenie źrenicy spostrzegano po zapuszczeniu:

atropinu	w przecięciu	po $4\frac{1}{2}$	dniach
duboisinu	„	„ 4	„
homatropinu	„	„ 1	dobie

Co do akomodacyi to najszybciéj poraża ją duboisin i homatropin, ale porażenie wywołane przez homatropin ustępuje już po jednéj dobie, podczas gdy akomodacyja porażona za pomocą duboisinu odzyskuje swoją dzielność dopiero po 3 do 4 dobach. Porażenie przyrządu akomodacyjnego skutkiem atropinu następuje późniéj, ale utrzymuje się za to najdłużéj. Stosownie do tego działania zasługuje homatropin na pierwszeństwo, gdy idzie o rozszerzenie źrenicy celem badania wziernikowego, lub o porażenie akomodacyi celem pewnego oznaczenia refrakcyi. Jeżeli przeciwnie zamierzamy osiągnąć skutek leczniczy, homatropin nie nadaje się wcale z powodu działania niedostatecznego i zbyt krótkiego, natomiast stosować należy atropin i duboisin. Stosowanie duboisinu w przypadkach zapalenia tęczówki, w których atropin, mimo dłuższego zapuszczania, nie rozszerzył źrenicy należycie, wykazało, że duboisin, zgodnie z wynikami doświadczeń, działał wprawdzie chwilowo silniéj, ale też i mniéj trwale od atropinu. Na 10 przypadków, w których tylne przyczepiny oparły się działaniu atropinu, udało się je rozerwać tylko w 4 za pomocą duboisinu i to niezupełnie. Nastrzykanie tak spojówkowe jak i rzęskowe zmniejszało się przy użyciu duboisinu szybciéj aniżeli przy użyciu atropinu. Duboisin nie wywoływał też, nawet w silniejszych rozczynach, nigdy takiego zadrażnienia spojówki gałkowéj, jakie niekiedy po stosowaniu atropinu spostrzegamy, a w przypadkach, w których atropin wywołał ostre zapalenie spojówki, przypady zadrażnienia ustępowały szybko, gdy atropin zastąpiono duboisinem. (*Archiv f. Augenheilk.* T. X, Zeszyt 2 z 15go stycznia 1881). *Prof. Rydel.*

M. Richet: **O stężeniu pośmiertnem.**

R. w wykładzie mianym w Wydziale lek. paryskim zestawił obecny stan nauki o stężeniu pośmiertnem, z którego podajemy następujące szczegóły. Stężenie pośmiertne już od dawna zwracało uwagę badaczy; jeszcze w r. 1752 Louis pisał rozprawę o tym przedmiocie, uważając stężenie pośmiertne za jednę z głównych oznak śmierci. Nysten w początku bieżącego wieku wykazał, że stężenie pośmiertne zależy od mięśni, bo utrzymuje się mimo przecięcia więzadeł stawowych, powięzi i rozścięgien, a znika lub nie występuje, gdy się mięsień przetnie lub oddzieli od miejsc przyczepienia. Po tych badaczach Brown-Séquard i Kühne

zajmowali się temi objawami; pierwszy wykrył, że zjawisko to niknie, jeżeli się wstrzykuje krew do naczyń, a drugi, że polega na działaniu chemicznem. W ogóle stwierdzono, że stężenia pośmiertnego nigdy nie brak, a przez poważnych autorów przypadki przytaczane, w których go miało nie być, należały prawdopodobnie do tych, w których stężenie nie zwykle wcześnie lub późno występuje. Pojawia się ono u wszystkich zwierząt tak kręgowych jak i niekręgowych. U ryb występuje prawie bezzwłocznie po śmierci, gdy u żab, jeżeli zachowa się odpowiednie ostrożności, nie występuje aż po 8 do 10 dniach. Nie pozostaje więc w żadnym związku z ciepłotą krwi zwierząt. Mięśniami najpierw ulegającemi stężeniu zdają się być mięśnie podnoszące szczękę dolną jak *masseter, temporalis* i *pterygoideus*, które są mięśniami bardzo drażliwemi. Według Niederkorna z pośród 113 przypadków wystąpiło w 31 stężenie po 4 godzinach, w 20 po 6 godzinach, w 14 po 5, w 14 po 3ch, w 11 po 7miu godz., w 7 po 8miu godz., w 7 po 10 godz., w 4ch po 9ciu godz. w 2 po trzynastu godzinach i w tyluż przypadkach po 2, a nakoniec w 1 przypadku po 11 godzinach. Poczyna się mniéj więcéj w dwie godziny po śmierci, a w niespełna 4 godziny zwykle trupy ludzkie są zupełnie stężałe. Zdarzyć się może, gdy zwierze jest jeszcze ciepłe, jak to spostrzegano w tych przypadkach, w których zwierzęta goniono przed śmiercią. Z drugiéj strony zimno opaźnia wystąpienie stężenia, a trwanie jego przedłuża. Mięsień po śmierci stężały jeszcze więcéj tężeje, gdy się go narazi na ciepłotę 50°C. To wzmożenie się stężenia zawisło, zdaniem Kühnego, od krzepnięcia soku mięśniowego. Zmarznięcie mięśnia nie sprawia utraty pobudliwości, ale mięsień taki rychło popada w stan stężenia, gdy odtaje. U poległych na polach bitwy opisywano ciekawe zachowanie postawy i przypisywano to téj okoliczności, iż stężenie może nastawać w chwili śmierci. Brown-Séquard opisał przypadek adynamicznéj postaci duru, w którym szczęki i odnogi stężały, gdy serce jeszcze biło, a niedawno Rochefontaine spostrzegł toż samo u psów otrutych salicylanem sodowym, a Richet u zwierząt otrutych średniemi dawkami strychninu. W tych przypadkach wszystkie mięśnie były stężałe i niepobudliwe z wyjątkiem serca, a sztuczne oddychanie można było jedynie z trudnością utrzymać dla stężenia klatki piersiowéj. Przecięcie nerwu dochodzącego do mięśnia zdaje się nie mieć zupełnie wpływu lub téż bardzo mały na przyspieszone wystąpienie stężenia, a według Hermanna tak wystawienie na tlen jak i na zmniejszenie ciśnienia nie ma wpływu.

Tężejąc mięśnie pojemność swą zmniejszają, tracą jednak mniéj przynajmniéj co do wagi niż mięśnie w skurczu; tracą zupełnie pobudliwość a ich elastyczność znacznie jest mniejszą. Ciepło ustaje, gdy stężenie występuje. Co się tyczy przyczyny stężenia pośmiertnego, to Richet jest tego zdania co Kühne, że jest to proces chemiczny; ale proces ten nie jest objawem życia lecz śmierci. Myosin mięśni krzepnie. Kwasy tworzące się nieustannie i również nieustannie wydzielane w czasie życia nagromadzają się w mięśniach po śmierci i stopniowo sprawiają rozpuszczenie myosinu, a wtedy azotowe istoty ulegają rozpadowi i wywięzuje się amonijak który swoją drogą rozpuszcza myosin a w ten sposób ustaje stężenie. Ogólnie mówiąc stężenie pośmiertne jest zjawiskiem chemicznem, cechującem się skrzepnieniem myosinu, a które można poczytywać za początek obumierania pierwocin mięśniowych. (*The Lancet* 1881, Nr. 4). *Dr. Grabowski.*

Dr. Butula: **Nerwoból kulszowy po durze brzusznym.** (Z kliniki prof. Dra Eiselta w Pradze).

Do częstych chorób następowych, zdarzających się po tyfusie brzusznym, należą porażenia i newralgie. Jaka jest przyczyna tych zboczeń w układzie nerwowym dotychczas nie wiemy; niektórzy nawet autorowie stanowczo przeczą, jakoby tyfus należał do rzędu przyczyn wywołujących lub przynajmniéj usposabiających do nerwobólów. Następujący przypadek, obserwowany w klinice praskiéj, gdzie w 20tym dniu duru brzusznego, z lekkim stosunkowo przebiegiem, wystąpiły wybitne objawy zajęcia nerwu kulszowego, zdaje się niewątpliwie dowodzić, że między tyfusem a newralgijami zachodzi pewien związek bliżéj nam nieznany.

Dnia 10 sierpnia 1880 przyjęto chorą żalącą się na znaczne osłabienie i silny ból głowy. Badanie wykazało: Osoba młoda, źle odżywiona. Słuch miernie upośledzony. Błona śluzowa jamy ust i języka sucha. W płucach nieżyt oskrzelowy. Brzuch nieco wzdęty, w dolnéj części po prawéj stronie przy ucisku bolesny; skóra na nim pokryta plamkami czerwonemi wielkości ziarna soczewicy. Śledziona znacznie powiększona. Stolca od kilku dni nie było. W moczu białka nie ma. Ciepłota tego dnia wieczór wynosiła 40·2° C., tętno 100. Rozpoznano dur brzuszny. Dalszy przebieg był bardzo łagodny. Ciepłota rzadko dochodziła 39° C., a raz tylko przekroczyła 40°. Od 27go sierpnia chora zaczęła się skarżyć na mrowienie w prawéj stopie i na ciągły ból w całéj prawéj nodze. Ból ten miał być najsilniejszy pomiędzy skrętarzem większym a guzem kości siedzeniowéj i ztąd rozpromieniał się wzdłuż przebiegu nerwu kulszowego. W stawie biodrowym wszystkie ruchy swobodne; ucisk na staw wywarty bólu nie sprawia. Mięśnie uda prawego kurczyły się pod wpływem prądu elektrycznego nieco słabiéj niż odpowiednie mięśnie strony lewéj. Można było także spostrzedz lekkie porażenie mięśnia czterogłowowego i aduktorów po stronie prawéj. Czucie skórne po tylnéj stronie uda prawego prawie zupełnie zniesione. Chora w tym czasie nie gorączkowała. Do rozpoznania pierwotnego dodano więc obecnie: *Ischias, paralysis quadricipitis cruris et adductorum dextra.* Zachodzi pytanie, czém sobie wytłumaczyć te zmiany następowe po durze? Trudno przypuścić, jak to czynią Mordset i inni, żeby niedokrewność ogólna z powodu tyfusu przebytego była przyczyną tych zmian występujących w poszczególnych nerwach. Snadniéj dopatrzeć się tu można pewnéj analogii z porażeniami występującemi po błonicy, których przyczyną ma być ucisk na nerw wywarty czy to przez wybroczynę krwi, lub téż przez wypocinę. Tém rychléj do tego zapatrywania skłonićby się można, że Griesinger, Buhl i Hoffmann wykazali, że w przebiegu duru brzusznego zdarzają się wybroczyny w oponach mózgowych, rdzeniowych a może i w pochewkach nerwowych. (Časopis lékařův Českých 1881, Nr. 2). *R. T.*

Prof. Rosenstein (w Leydzie): **Nacięcie worka osierdziowego.**

Autor podaje do wiadomości przypadek wysięku ropnego w worku osierdziowym u chłopca dziesięcioletniego, u którego nakłucie nie odniosło należytego skutku, i dopiero po wypuszczeniu ropy przez nacięcie worka osierdziowego wyleczenie nastąpiło. Chory ów zgłosił się do polikliniki w 14ym dniu choroby, która się rozpoczęła od przypadków

żołądkowych, lekkiego kaszlu i gorączki. Przy badaniu uderzenia serca ani widzieć, ani wyczuć nie można było; tony były prawie niesłyszalne. Stłumienie serca znacznie powiększone, bo sięgające od 1go międzyżebrza lewego aż do wyrostka mieczykowatego. Kształt stłumienia przedstawiał trójkąt podstawą zwrócony ku dołowi; kształt i rozległość stłumienia nie zmieniały się przy zmianie położenia chorego. Obok tego mierna duszność, tętno dosyć częste, gorączki brak. Ponieważ przypady te świadczyły o obecności cieczy w osierdziu, a z powodu braku gorączki i opuchliny na odnogach dolnych jakość cieczy była wątpliwą, nakłuto przeto worek osierdziowy za pomocą strzykawki Pravaza i wydobyto czystą ropę. Wieczorem tegoż samego dnia liczba oddechów wynosiła 52, tętno 140, co razem stanowiło wskazanie do wypuszczenia cieczy. Prof. R. wykonał punkcyję w 4tém lewém międzyżebrzu w pobliżu mostka i za pomocą przyrządu Potaina wypuścił 620 centim. sześc. czystéj ropy. Bezpośrednio po tym rękoczynie liczba oddechów zeszła na 28, tętno na 92 uderzeń. Wkrótce jednakże potém pojawiła się gorączka, tętno stało się częstszém i miększém, ilość moczu zmniejszyła się, a ciężar tegoż się zwiększył. Przyczyną pogorszenia było powiększenie się ilości płynu w osierdziu, a oprócz tego zapalenie opłucnéj po stronie lewéj z wysiękiem surowiczym, z którego wypuszczono 1100 centim. sześc. za pomocą przyrządu Potaina. Przy powtórném nakłuciu worka osierdziowego wypuszczono tylko 120 cm. sz. ropy. W tym też czasie zmieniał się kształt stłumienia przy zmianie położenia chorego. Ogólny stan pozostawiał wiele do życzenia, albowiem obok miernéj gorączki, częstego tętna i znacznéj duszności pojawiła się lekka sinica na wargach i puchlina nieznaczna moszen i stóp, przyczém chory oddawał bardzo mało moczu nie zawierającego białka. Ponieważ przypady te wzmagały się coraz bardziéj, postanowiono wykonać nacięcie worka osierdziowego. Ostrożnie zrobiono w 4tém lewém międzyżebrzu obok mostka cięcie skóry na 3 cm. długie, warstwami poprzecinano powięzie i mięśnie aż do worka osierdziowego, który otwarto końcem bistura, a otwór rozszerzono za pomocą bistura gałkowatego. Ropy wydobyła się ilość znaczna, poczém założono 2 dreny i opatrzono sposobem Listera. Skutek po operacyi był natychmiastowy; duszność całkowicie ustąpiła, tętno stało się silniejszém, a chory w dwie godziny po rękoczynie oddał sporą ilość moczu. Gorączka i puchlina nóg w przeciągu dwóch dni ustąpiła. Opatrunek zmieniono 5 razy, a w przeciągu 19 dni rana osierdziowa zupełnie się zabliźniła. Zapalenie wysiękowe opłucnéj po stronie lewéj powtórzyło się jeszcze raz. I tu wypuszczono przez nakłucie, a następnie przez nacięcie, znaczną ilość płynu. Chory opuścił poliklinikę po 12 tygodniach zupełnie wyleczony. Jako ślad po przebytéj chorobie pozostała siatka żył skórnych na przedniéj powierzchni klatki piersiowéj i zmniejszona objętość lewéj połowy klatki.

Oprócz tego, że przypadek ten rzadkim jest pod względem leczniczym, zasługuje on jeszcze na uwagę ze względu na tę okoliczność, że ropne zapalenie osierdzia przebiegać może bez gorączki i bez obrzmienia skóry. W takich razach wydobycie cieczy za pomocą strzykawki Pravaza rozstrzyga o jakości téjże. Przypadek ten poucza nadto, że nie trzeba ociągać się z wypuszczeniem płynu z obawy napotkania na ważniejsze zmiany w samym miąższu serca, gdyż wszystkie przypady, które owe zmiany czynią prawdopodobnemi, mogą pochodzić ze zmiany sprężystości i kurczliwości mięśnia sercowego. W końcu i to zaznaczyć należy, iż przy nagromadzeniu się wielkiéj ilości płynu w worku osierdziowym zmiana położenia chorego może nie mieć żadnego wpływu na zmianę kształtu i rozległości stłumienia, a okoliczność ta nie powinna dawać powodu do pomieniania wysięku z przerostem mięśnia sercowego. (*Berlin. klin. Woch.* 1881, Nr. 5).

Dr. Żelazowski.

H. Seemann: **O działaniu chlorku pilokarpinu w zapaleniu nerek płonicowém.**

Lubo zbadaniem działania fizyjologicznego i terapeutycznego chlorku pilokarpinu zajmowało się wielu lekarzy, to jednakowoż pod względem wskazań leczniczych nie doszliśmy jeszcze do stanowczego wypadku.

Zeszłoroczna epidemija płonicy w Berlinie odznaczała się nader częstém zapaleniem nerek i puchliną. W 9 przypadkach płonicy w ten sposób powikłanych, gdy inne środki okazały się nieskutecznemi, używał autor pilokarpinu. Pięć z nich zakończyło się po prostu pomyślnie po 2 lub 3 wstrzykiwaniach podskórnych leku przerzeczonego w ilości od 0·005 do 0·01 według wieku pacyjenta wśród obfitego wydzielania się śliny i potu: w czterech zaś innych ukazały się przypady uboczne, które mają niewątpliwie znaczenie dla ocenienia wartości leku, o którym mowa.

W przypadku pierwszym wstrzyknięto dwa razy po 0·01 i dwa razy po 0·005 chlorku pilokarpinu w ciągu 4 dni. W kilka godzin po ostatniéj injekcyi wystąpiły objawy zapalenia płuc nieżytowego, które atoli ustąpiło szczęśliwie wśród zadawania salicylanu sodowego. U drugiego, gdy kąpiele gorące i środki moczopędne nie przyniosły żadnéj ulgi, wstrzyknięto dwa razy po 0·006. Poty po drugiém zastrzyknięciu wystąpiły nader obficie a nawet wysięki do jam opłucnowych zmniejszyły się znacznie, gdy wieczorem tego samego dnia pacyjent zaczął majaczyć a w nocy dostał silnych drgawek powtarzających się z przerwami przez następne 24 godziny. Dopiero lewatywy z chloralu i oblewania zimną wodą wpłynęły na zmniejszenie się kurczów i sprowadziły powrót do przytomności w południe dnia następnego. Rekonwalescencyja była bardzo powolną. Objawy w tym razie ze strony układu nerwowego były niewątpliwie następstwem uremii. W trzecim przypadku, u dziecięcia 3-letniego, wstrzyknięto dwa razy chlorek pilokarpinu po 0·005. Po drugiém wstrzyknięciu wystąpił mocny nieżyt oskrzelowy a ciepłota podniosła się do 39·5. Odstąpiono od dalszego użycia pilokarpinu a katar oskrzelowy ustąpił. Po 14 dniach, gdy wydzielanie moczu znów się zmniejszyło a puchlina zwiększyła, wstrzyknięto znów pilokarpin, poczém znów silny wystąpił nieżyt oskrzelowy. Wśród powolnego ustępowania przypadów zapalenia nerek chory dopiero po miesiącach przyszedł do zupełnego zdrowia. W czwartym i ostatnim przypadku, u dziewczynki 9-letniéj, użyto pilokarpinu dopiero wtedy, gdy białka w moczu ukazało się dużo, puchlina wysokiego dosięgła stopnia i wystąpiły objawy mózgowe obok braku apetytu i coraz większego upadku sił. Po pierwszém wstrzyknięciu 0·01 skutek nastąpił bardzo zadowalający i puchlina zmniejszyła się widocznie, moczu pokazało się więcéj i poprawił się znacznie stan ogólny. Po 48 godzinach zastrzyknięto powtórnie też samą ilość, lecz wieczorem tegoż samego dnia wystąpiły objawy zapalenia płuca lewego. Wśród leczenia hydropatycznego i wewnętrznego używania naparu ipekakuany ustąpiła gorączka zupełnie z końcem 5go dnia; atoli w dniach następnych powiększyła się znów

puchlina, moczu było bardzo mało ze znaczną ilością białka. Z tego powodu w 10 dni po 2giéj injekcyi wstrzyknięto znów 0.005 chlorku pilokarpinu; następnych dwóch dni stan był nieco lepszy, gdy 3go dnia pojawił się dwa razy krwotok z płuc, który zakończył się śmiercią.

Objawy uremiczne w drugim przypadku tłumaczy sobie autor znacznem wydzielaniem śliny i potu, a w następstwie tego szybkiém wessaniem wysięków, które nierzadko według Voita i innych zawierają w sobie mocznik.

W trzech innych przypadkach przyszło po użyciu pilokarpinu do objawów zapalnych w przewodzie oddechowym, coby mogło zostawać w związku z rozszerzeniem się pod wpływem pilokarpinu naczyń na obwodzie i zmniejszeniem ucisku w tętnicach, co sprzyja przechodzeniu surowicy ze krwi do tkanin. — Jeżeli jeszcze dodamy, że pacyjenci mali po płonicy są osłabieni, że leżą na wznak i nie mogą należycie wykrztuszać nagromadzającego się w drogach oddechowych śluzu, pojmiemy łatwo warunki powstawania zapalenia płuc nieżytowego.

Z tych postrzeżeń wnosi autor:

1) Chlorek pilokarpinu działa nieraz bardzo skutecznie w zapaleniu nerek w płonicy i jego następstwach tam, nawet gdzie inne znane środki nic nie pomagają; mimo tego używać go należy tylko w przypadkach uporczywych.

2) Jeżeli po użyciu pilokarpinu zaczyna zmniejszać się puchlina, należy resztę zostawić naturalnemu biegowi, by nową dawką pilokarpinu nie sprowadzić objawów uremii.

3) Po każdém użyciu pilokarpinu należy badać starannie narząd oddechowy i w razie złego wykrztuszenia śluzu lub objawów rozpoczynającego się zapalenia płuc odstąpić natychmiast od dalszego zadawania środka, o którym mowa. (*Zeitschrift für klin. Medicin. II. 3. 1881*). *D.*

Wagner: **O kile i od niéj pochodzących chorobach nerek.**

Cierpienia nerek u ludzi dotkniętych kiłą ogólną są podług naszych dotychczasowych wiadomości dosyć rzadkie, ale przecież częstsze jakby się na pozór zdawało. I tak Spiess znalazł na 220 zwłokach kiłowych w Charité w 147 przypadkach zmiany w nerkach w bezpośrednim będące związku z kiłą, a między temi tylko u 7 kilakowe śródmiąższowe zapalenie. Bamberger z pośród 2430 przypadków pierwotnéj i następowéj choroby Brighta podaje 49 razy, tj. 2% kiłę, jako przyczynę choroby. Według Beera zmiany w nerkach cechujące na pewno kiłę są następujące: 1) kilaki w nerkach, 2) rozlany komórkowy przerost (*Hyperplasia*) tkanki śródmiąższowéj wraz z zwyrodnieniem słoninowatém naczyń obok tu i owdzie natrafiających się zmian miąższowych, zwłaszcza małych ognisk tłuszczowo przeistoczonych. Wagner znalazł na 9000 sekcyj w 63 przypadkach zmiany w nerkach będące w związku z kiłą, a mianowicie w 8 przypadkach ostrą chorobę Brighta, w 4 przyp. przewlekłą chorobę Br., w 7 przypadkach nerkę ziarninową, w 12 przypadkach zanik jednéj nerki, w 35 przypadkach zwyrodnienie skrobiowate, w 3 przypadkach kilaki w nerce, przyczém stanowczo wyklucza wraz z Bartelsem i Kussmalem wbrew zapatrywaniu Wellsa, Blackalla itd., wpływ rtęci przy leczeniu użytéj na zmiany w nerkach. O ośmiu przypadkach ostréj choroby Brighta nie można, z powodu szczupłości materyjału, stanowczo twierdzić, że powstały bezpośrednio w skutek kiły, jakkolwiek wśród leczenia przeciwkiłowego objawy tak jednéj jak i drugiéj choroby razem ustępowały. Przypadki przewlekłéj choroby Brighta nie są również na pewno stwierdzone a nerki pod mikroskopem nie badane. Najciekawsze są przypadki zaniku jednéj nerki, a mianowicie w 6 przypadkach kiły ogólnéj znaleziono w wysokim stopniu zanik jednéj nerki, podczas gdy druga albo była powiększona, albo prawidłowa albo téż skrobiowato zwyrodniała. Z bardzo wielkiém prawdopodobieństwem można było przypuścić kiłę jako przyczynę zaniku, albowiem znaleziono tak w nerce zanikłéj jak i w wielu innych miejscach zmiany w tętnicach przez Heubnera opisane i kiłę cechujące. Kilaki w nerkach stwierdził W. stanowczo w 2 przypadkach, trzeci był wątpliwym, a czwarty przypadek zakończony wyzdrowieniem opierał się tylko na przypuszczeniu. (*Deutsches Archiv f. kl. Medic.* 28 Band, 1 Heft). *Dr. T. W.*

Wiadomości pomniejsze.

(K. B.) **Napady zadyszki** (astmy) ma usuwać bardzo pewnie:

Rp. Ammonii bromati 3,50
Ammonii chlorati 0,60
Tinct. lobeliae 5,50
Syr. aether. comp. 30,0
Syr. acaciae 100,0

co godzina łyżkę w wodzie przez czas napadu. (*Gaz. des hôpit.*)

(K. B.) **Przeciwko obrzmieniu gruczołów chłonicowych** w zapaleniu gardziela błonicowém, samoistném czy wikłającém płonicę, używa Dr. Bouchut jednę z dwu następujących maści:

Rp. Axung. porci 60,0
Plumbi jodat.
Extr. Bellad. āā 1,0

wielkości orzecha laskowego wcierać co godzinę, albo

Rp. Axung. porci 60,0
Ung. mercur. 10,0
Extr. bellad. 1,0.

Skoro tylko obrzmienie się powiększa, skóra czerwienieje, należy często badać, ażeby w razie pierwszych śladów chełbotania zaraz przystąpić do otwarcia. (*Paris méd.*)

(K. B.) **Menthol jako antisepticum i antinervinum.** Dr. Macdonald wychwala ten środek otrzymywany z mięty pieprzowéj jako z jednéj strony doskonale niszczący bakteryje, z drugiéj zalecający się w nerwobólach, gdzie działa przez porażenie ostatecznych zakończeń nerwów czulnych. (*Edinb. med. Journ.*)

(K. B.) **Padaczka uleczona za pomocą trepanacyi.** Młody, 14 lat liczący, chłopiec otrzymał przed 7 laty silne uderzenie w głowę, wkrótce potém pojawiły się napady padaczkowe, które w ostatnich czasach wzmogły się do tego stopnia i doszły do téj częstości, że chory łóżka wcale nie mógł opuścić. W tym stanie wykonano trepanacyję ściśle przeciwgnilnie, poczém zaraz natężenie i częstość napadów znacznie się zmniejszyła. (*Courr. méd.*)

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcyja tarnowska Tow. lek. gal.

Odbyła dnia 29 stycznia rb. posiedzenie administracyjne i po wyczerpaniu porządku dziennego, mianowicie wysłuchaniu sprawozdania o stanie liczebnym, czynnościach i funduszach Sekcyi, oraz załatwieniu wniosków, przystąpiła do wyborów biura i delegatów na rok bieżący. Na 19 członków głosowało 10 i obrano powtórnie jednogłośnie na naczelnika Dra Kowalskiego, sekretarzem pozostał Dr. Schützer, gospodarzem Dr. Gla-

ser, członkiem biura Dr. Metzger, delegatem obrano Dra Kowalskiego, zastępcą Dra Bromberga.

Sekcyja przemyska Tow. lek. gal.

Na posiedzeniu administracyjném, w dniu 30 stycznia rb. odbytém, zatwierdzono na rok bieżący dotychczasowy skład biura Sekcyi. Delegatem na Walne Zgromadzenie obrano Dr. Cassine, zastępcą zaś Dr. Orłowskiego.

Sekcyja rzeszowska Tow. lek. gal.

Przy udziale 12 członków na posiedzeniu administr., dnia 15 stycznia odbytém, uchwalono, po odczytaniu sprawozdania rocznego sekretarza i skarbnika, następujące wnioski: *a)* Delegat Sekcyi upomni się na Walném Zgromadzeniu o projekt do zmiany taryfy sądowo-lekarskiéj, o przedłożenie właściwéj władzy taryfy nowéj wraz z memoryjałem, który to memoryjał ma zarazem zawierać prośbę o zmianę rozporządzenia co do podróży lekarzy sądowych z innymi członkami Komisyj sądowych, a wreszcie o zrównanie należytości za sekcyje zwłok dla doktorów i chirurgów. *b)* Ten sam Delegat upomni się na Walném Zgromadzeniu o wyjednanie zniesienia rozporządzenia Wys. c. k. Namiestnictwa, które nakazuje przedkładać rachunki za komisyje polityczno-sanitarne w 19 dni po ukończonéj komisyi i o zmianę tego rodzaju, aby podobne rachunki aż do ostatniego grudnia mogły być przedkładane. *c)* Ten sam Delegat upomni się na Walném Zgromadzeniu o wyjednanie zmiany rozporządzenia ubliżającego godności stanu lekarskiego, aby wójtowie lekarzom, niepiastującym urzędu lekarzów powiatowych, poświadczenia wydawali co do odbytych komisyj polityczno-sanitarnych. Wybrano prezesem Dra Barzyckiego, zastępcą Dra Bielańskiego z Łańcuta, gospodarzem Dra Niesiołowskiego z Rzeszowa, sekretarzem administracyjnym Rottera, sekretarzem naukowym Dra Zagórskiego, delegatem Dra Barzyckiego, zastępcą Dra Zagórskiego.

Sekcyja złoczowska Tow. lek. gal.

Na posiedzeniu administracyjném, dnia 15 stycznia odbytém, wybrano przewodniczącym Dra Krziža, zastępcą Dra Pogliesa, gospodarzem Dra Wysockiego, sekretarzem administracyjnym Dra Hommego, sekretarzem naukowym i bibljotekarzem Dra Bodka. Sekretarz odczytał sprawozdanie z czynności Sekcyi, z którego się okazuje: że Sekcyja odbyła w r. 1880 pięć posiedzeń. Dochodu miała Sekcyja 90 złr. 67½ cent. rozchodu 42 złr. 80 cent., pozostaje na rok bieżący 30 złr. w książeczce kasy oszczędności i w gotówce 17 złr. 87½ cent. Delegatem na Walne Zgromadzenie wybrano Dra Bodka, zastępcą Dra Waligórskiego z Przemyśla.

Sekcyja brzeżańska Tow. lek. gal.

Na posiedzeniu odbytém dnia 16 stycznia 1881, (członków obecnych 10). 1) Przewodniczący Dr. Rasp wspomniał o śmierci członka Sekcyi śp. Ohrensteina, i zdał sprawę o sprawach administracyjnych. 2) Sekretarz odczytał protokół z ostatniego posiedzenia, poczém Dr. Jorkasch oświadczył, że lekarze powiatowi nie mogą zadość uczynić wezwaniu Sekcyi, ażeby zechcieli przeprowadzić rewizyje po handlach, czy w takowych nie sprzedają środków lekarskich, gdyż lekarze powiatowi mogą to uczynić tylko na wyraźne polecenie przełożonéj władzy. 3) Przyjęto w poczet członków Dra Wincentego Głowińskiego lekarza miejskiego w Kozłowie i Dra Teodora Pawlickiego lekarza praktycznego w Kozowéj. 4) Sekretarz odczytał sprawozdanie doroczne, z którego wynika, że w roku ubiegłym Dr. Zauderer miał odczyt o moczeniu krwawém w skutek nowotworu pęcherza moczowego (przypadek obserwowany w szpitalu brzeżańskim) i przedstawił okaz patologiczny. Dr. Rasp opowiedział: *a)* podobny przypadek z praktyki prywatnéj, *b)* odczytał rozprawkę o leczeniu mechaniczném zwichnień macicy, okazał wydrążone pesaryja maciczne, których używa w leczeniu zboczeń macicy podczas menstruacyi i okazał uciskadło Schlinka i Dra Wolfa wykazując większą wartość ostatniego. Wybrano delegata na Walne Zgromadzenie w osobie Dra Dorożyńskiego, a zastępcą jego Dra Ćwiklicera. — Członków liczyła Sekcyja brzeżańska z początkiem r. 1880 13tu, z końcem roku pozostało 11. — 5) Wybrano większością głosów naczelnikiem Sekcyi Dra Jorkascha, zastępcą Dra Raspa. Piątym członkiem biura wybrano przez aklamacyję Dra Ćwiklicera. Delegatem na Walne Zgromadzenie wybrano jednogłośnie Dra Hordyńskiego. — 6) W końcu odczytał Dr. Rasp biografiję zmarłego członka Ohrensteina.

Walne zebranie sekcyi lekarskiéj Tow. Przyj. Nauk Poznańskiego.

z dnia 20go grudnia 1880 r.

Przed południem zwiedzili członkowie, tak miejscowi jak zamiejscowi, zakład Sióstr Miłosierdzia, gdzie kol. Kaczorowski w oddziale wewnętrznym najciekawsze przedstawił przypadki chorobowe, następnie szpitalik dziecięcy Sgo Józefa, gdzie koll. Osowicki i Batkowski, pokazawszy zwiedzającym całe wewnętrzne urządzenie zakładu również kilka interesujących przedstawili przypadków klinicznych i wreszcie klinikę okulistyczną kol Wicherkiewicza. Pomiędzy chorymi kliniki stałéj pokazywał kol. W. pięć przypadków operacyi zaćmy, wykonanych podług metody Graefego, bądź to cięciem kresowém, bądź téż cięciem kresowém zmienioném. Operacyje te wykonane mniéj więcéj w ostatnich 3 tygodniach wróżą wszystkie dobry rezultat. (Staruszka 73-letnia, operowana przed 2 tygodniami, równocześnie na obydwa oczy (*catarr. nigra*) przedstawia obecnie wielkie czarne regularne źrenice). Poczém przedstawił kol. W. chorego na jaglicę, a u którego dość gruby pannus na prawém oku prawie całą pokrywał rogówkę. W takich przypadkach zasypuje kol. W. proszkiem borowym podług polecenia Bertholda i jest z otrzymanych rezultatów zupełnie zadowolony. Daléj pokazywał kol. W. przypadek rogówkowego garbiaka operowanego w sposób następujący: Przeprowadza się igłą delikatny katgut przez podstawę garbiaka, omijając jednakże starannie zdrową część rogówki. Dwie równolegle przeprowadzone nitki katgutowe oddalone są od siebie 3—4mm.. Wyciąwszy ścianę garbiaka, objętą nitkami katgutu, zwięzuje kol. W. w zwykły sposób końce nitek i zakłada opaskę. Zagojenie następuje *per primam*. Następnie wykonał kol. W., w obecności zwiedzających, trzy operacyje, a mianowicie: zezu zbieżnego, zabarwienie bielma rogówki i operacyję zawinięcia górnéj powieki ze rzęsozwrotem według metody Jaeschego i Arlta, a zmienionéj przez kol. W. W końcu zwrócił uwagę kolegów na przypadek zapalenia twardówki (*Scleritis* i *Episcleritis*), leczony z nadzwyczaj dobrym skutkiem przez ugniatanie (*massage*).

W obec nader licznie zebranych członków, tak miejscowych jak zamiejscowych, zagaił powołany przez aklamacyję na przewodniczącego kol. Karczewski z Kowanówka posiedzenie i wezwał sekretarza do odczytania sprawozdania z ostatniego walnego zebrania. Co gdy się stało wspomina przewodniczący w kilku serdecznych słowach o śmierci Dra Bendowskiego z Grodziska. Zebrani powstają ku uczczeniu zmarłego kolegi z miejsc swoich. Poczém przedstawia kol. Koehler z Kościana aparat Dra Gregory Dayle ze Syrakuz, a używany z dobrym skutkiem przez kol. K. przy chorobach stawu biodrowego. Aparat ten opisany jest obszernie w *New. York med. Record* 21 Juni, 1880. Następnie mówi kol. Koehler o trypolicie. Używał on go w kilku przypadkach i przyszedł do przekonania, że nie przylega przy opatrunku do ręki, że po 3 minutach już twardnieje i to od końców oprawy, robiąc się przytém coraz bielszym. Kol. Zielewicz widzi główną korzyść trypolitu w jego minimalnéj wartości hygroskopicznéj w porównaniu z gipsem i mniema, że trypolit z czasem mianowicie w praktyce miejskiéj wielkie odda usługi. Kol. Szuman z Torunia uważa trypolit za mniéj więcéj dwa razy mocniejszy od gipsu, przez co mały nader pokład przy opatrunku aż nadto jest wystarczający. Kol. Szuman mówił następnie o laparotomii przy zamknięciu się jelit. Przedstawiwszy w kilku słowach, o ile laparotomija, połączona z usunięciem zamknięcia się kiszki, przy zastosowaniu metody przeciwgnilnéj korzystniejszą jest od enterotomii, wywołującéj przez długi przeciąg czasu lub na całe życie przykre kalectwo przez to, iż kał przez otwór ściany brzusznéj odchodzi, przeszedł kol. S. następnie do podania leczonego przez siebie przypadku chorobowego

w toruńskim szpitalu Dyjakonisek. Oto w krótkich słowach przebieg przypadku. Wilhelm Kiel, właściciel młyna w S., cierpiał od 4 lat na przepuklinę udową. Siedm dni przed przybyciem swém do zakładu uczuł po odprowadzeniu przepukliny boleści w prawym boku brzucha. Po kilku godzinach przyłączyły się wymioty. Trzeciego dnia zaczął pacyjent zwracać kał. Gdy enema i środki wewnętrzne, przez miejscowego lekarza przepisane, nic skutkowały, przywieziono pacyjenta dziewiątego dnia do zakładu Dyjakonisek, gdzie kol. Szuman powyższą operacyję jeszcze tego samego dnia wieczorem wykonał. Ponieważ chory już od pięciu dni kał zwracał, i już znaczne niebezpieczeństwo życiu jego groziło, ponieważ daléj w przewodzie przepuklinowym żadnego zwoju kiszek nie było, dla tego zaniechał kol. S. dalszego próbowania środków wewnętrznych i mechanicznych i przystąpił zaraz do leczenia chirurgicznego. Po pilnéj dezinfekcyi okolicy brzusznéj i prawego uda przeciął mowca, po zachloroformowaniu chorego, skórę i mięśnie powyżéj prawego więzadła Pouparta w ukośnym kierunku. Prawidła przeciwgnilnego sposobu zastosował pod każdym względem; jedynie mgły karbolowéj, któréj prelegent jest już od kilku lat przeciwnikiem, nie użył. Następnie pochwycił otrzewnę pincetą, naciął ją i rozszerzył otwór dostatecznie przepuklinowym nożykiem. Zwoje kiszkowe, w pobliżu rany leżące, były wszystkie gładkie, bardzo wzdęte, przy świetle operacyjnéj lampy ciemno-brunatno-czerwono zabarwione. Poczém przystąpił kol. S. do szukania zamkniętego miejsca jelita. Po wyciągnięciu kawałka jelita, kilka cali długiego, obejrzeniu takowego i obmyciu gąbkami karbolizowanemi, odprowadził natychmiast oczyszczoną część kiszki do jamy otrzewnowéj. Tym sposobem zbadał przestrzeń kiszki kilka łokci mniéj więcéj 3—4 łokcie) długą, dopóki na miejsce zamknięcia nie natrafił. Zwój kiszki zamknięty w skutek kolankowego zgięcia i świeżego zlepu *(peritonitis adhaesiva circumscripta)* znajdował się w przestrzeni Douglasa, i musiał być za pomocą wprowadzenia całéj ręki lewéj w jamę otrzewnową wydobyty. Część zwoju tegoż po prawéj stronie leżąca, widocznie doprowadzająca. była wzdęta i przepełniona: część zaś odprowadzająca kiszki, przez powyższy zlep do wzdętéj części pod kątem ostrym przytwierdzona, była skurczoną, cienką i bladą. Treści kiszki nie mógł kol. Szuman przez lekki ucisk na część przepełnioną do części próżnéj przesunąć. Uchwyciwszy kiszkę powyżéj i poniżéj kolankowego zgięcia, wyprostował ją przy użyciu niewielkiéj siły, poczém treść kiszki z łatwością w część próżną przesuwać się dała. Po odprowadzeniu następnie i tego zwoju do jamy brzusznéj, zeszyciu rany katgutem i założeniu sączka gumowego w dolny koniec rany, założył mowca opaskę z mokréj juty karbolizowanéj z mocnym uciskiem na ranę nieco jeszcze krwawiącą. Szczegóły dalsze pomijamy, ponieważ prelegent późniéj opis powyższego przypadku obszernie ogłosi, wspominamy jeszcze tylko, że otrzewna i rana mięśniowa zagoiły się bezpośrednio, a brzegi skóry rozeszły się nieco i jątrzyły trochę, prawdopodobnie w skutek tego, iż pacyjent kilkakroć oprawę rany uryną przemoczył. Najwyższa ciepłota wynosiła 38,2 C. Czternastego dnia po operacyi pacyjent pierwszy raz wstał, a 20go dnia opuścił zakład kol. Szumana z małą raną skórną, a w dwa tygodnie późniéj zaczął już na nowo pracą swą jako młynarz się zajmować i obecnie zdrowiem się cieszy. Po wypowiedzeniu powyższego wykładu wszczęła się ożywiona nader dyskusyja, w któréj brali udział koll. Zielewicz, Kaczorowski, Osowicki i prelegent.

(Dokończenie nastąpi).

V. Listy z Monachijum.

I.

Dobrobyt Bawaryi. — Nauki i sztuki piękne w Monachijum. — Glyptoteka. — Uniwersytet. — Wydział lekarski. — Szpitale i instytuty medyczne. — Instytut kliniczny. — Żywy Goryla w Monachijum.

Monachijum liczy obecnie koło 250,000 ludności, przeważnie katolickiéj (koło 25,000 protestantów i niespełna 4,500 starozakonnych). Ludność odznacza się wielką pracowitością. Dobrobyt též Bawaryi, mimo istniejącego prawie przeludnienia, jest znaczny. Wprawdzie od czasu przyłączenia Królestwa do Cesarstwa niemieckiego dobrobyt się tutaj nieco zmniejszył; państwo musi utrzymywać znacznie większą armiję, która w połowie umieszczoną jest poza granicami Bawaryi, przytém podatki prawie w dwójnasób się zwiększyły. Mimo to Bawaryja nie da się w naukach przewyższyć innym krajom Cesarstwa, a w sztukach daleko je za sobą pozostawia. Samo Monachijum posiada Akademiję umiejętności, jeden z pierwszorzędnych w Cesarstwie uniwersytetów, daléj politechnikę, szkołę wyższą muzyki, Akademiję sztuk pięknych, szkołę weterynaryi i kilka niższych specyjalnych zakładów wychowawczych. Zbiory artystyczne należą do pierwszorzędnych w środkowéj Europie. Szczególniéj doborem i bogactwem odznacza się zbiór rzeźb przeważnie greckich i rzymskich. Zbiór ten umieszczony jest we wspaniałym gmachu marmurowym, zbudowanym w stylu greckim, zwanym Glyptoteką. Zwiedzający może się tu przekonać o przesadném pojęciu przyzwoitości. Na bramie spiżowéj, licznemi rzeźbami ozdobionéj, umieszczona jest karta, że wstęp młodzieży niżéj lat 17 jest wzbronionym (jak się zdaje ze względów przyzwoitości). Ślicznym rzeźbom starożytnych mistrzów podorabiano z niklu liście dębowe i winogradowe, by niemi osłonić części rodne nagich bogów i bohatyrów. Wynalazcy tego sposobu mieli zapewne niemały kłopot z rzeźbą z czasów greckich, nader ładnie wykonaną, przedstawiającą Polyfema, zabijającego jednego z towarzyszów Odyseusa (umieszczona jest w t. zw. „Niobiden-Saal“). Artysta grecki niewiadomo z jakich powodów przedstawił Polyfema *cum erecto pene.* Zarząd, zapewne po długim namyśle, i tutaj okrył prącie dużym liściem winogradowym w tulijkę zwiniętym a w części się zwieszającym i okrywającym resztę części rodnych.

Uniwersytet tutejszy jest pomieszczonym we wspaniałym gmachu, w stylu staro-włoskim zbudowanym. Ściśle biorąc, Monachijum od niedawna posiada swoją wszechnicę, któréj założenie jednak datuje się od r. 1472. W roku tym bowiem Ludwik Bogaty założył uniwersytet w Ingolstadzie, w r. 1800 przeniesiono go do Landshuta, aż wreszcie w r. 1826 Ludwik I umieścił go w Monachijum, gdzie przed ośmiu laty obchodzono 400 rocznicę jego istnienia.

Mała tylko cząstka wykładów lekarskich odbywa się w gmachu uniwersyteckim, albowiem prawie każda ważniejsza gałęź wiedzy lekarskiéj ma swój oddzielny budynek. W bieżącym roku szkolnym wykłada na Wydziale lekarskim 12 profesorów zwyczajnych, 8 nadzwyczajnych, 3 honorowych i 15 docentów. Katedra zwyczajna patologii, przez śmierć prof. Buhla osierocona, nie jest jeszcze obsadzoną. Tymczasowo zajmuje ją w zastępstwie nadzwyczajny prof. Bollinger, domniemany następca Buhla. Z profesorów zwyczajnych wykładają: tajny radca Gietl i Ziemssen specyjalną patologiję i terapiję chorób wewnętrznych, lekarz jeneralny Nussbaum i tajny radca Rothmund chirurgiję, Hecker położnictwo, Rothmund jun. okulistykę, dyrektor Gudden psychijatryją, Buchner farmacyją, Seitz farmakologiję (ma on prócz tego osobny oddział chorób wewnętrznych w poliklinice), tajny radca Pettenkofer higijenę, Voit fizyjologiją i wreszcie Siebold zoologiją medyczną. Z profesorów nadzwyczajnych wykładają: Rüdinger anatomiją opisową, Bollinger patologiją ogólną, doświadczalną i anatomiją patologiczną, H. Ranke choroby dzieci, Amann choroby kobiet, Martin medycynę sądową, Oertl laryngoskopiją, Boeck receptologiją i ćwiczenia praktyczne w farmakologii, Bauer propedeutykę lekarską. Profesorowie honorowi wykładają dentystykę, choroby dzieci i policyją weterynarną. Prócz tego wykłada profesor nad-

zwyczajny wydziału filozoficznego J. Ranke antropologiją, fizykę lek. i ćwiczenia praktyczne w fizyjologii. Docenci: Wolfsteiner epidemijologiją, Helferich, Messerer i Schweininger chirurgiją, Posselt dermato- i syfilidologiją, Schech laryngoskopiją, Finker elektroterapiją, Brattler balneoterapiją, bar. Liebig balneologiją i klimatologiją, Bezold otyjatryję, Oeller okulistykę, Bonnet histologiją i Renk higijenę. Liczba uczniów, uczęszczających na Wydział lekarski, podobno nie wiele przewyższa frekwencyją Wydziału krakowskiego. — Z zakładów lekarskich posiada Monachijum dwa szpitale, dwa zakłady dla chorych nieuleczalnych, zakład dość duży dla obłąkanych, zostający pod kierunkiem prof. Guddena, klinikę osobną okulistyczną i poliklinikę. Prócz tego w osobnych budynkach umieszczone są: instytut kliniczny dla medycyny wewnętrznéj, zostający pod kierunkiem proff. Ziemssena i Bauera; instytut higijeniczny prof. Pettenkofera, instytut patologiczny, instytut anatomiczny i wreszcie instytut fizyjologiczny, w którym znajduje się znany aparat respiracyjny prof. Pettenkofera. Instytut kliniczny dla medycyny wewnętrznéj jest połączony ze szpitalem powszechnym. Szpital ten nieduży obejmuje na wszystkich oddziałach koło 500 chorych. Urządzenie nie przedstawia nic szczególnego. Wentylacyja odbywa się według metody Pettenkofera. Czystość wszędzie uderzająca. W szpitalu ma swój oddział kliniczny prof. Nussbaum. Prof. Hecker zaś ma swój oddział, wraz z kliniką położniczą, w osobno zbudowanym bardzo porządnym budynku. Tutaj mieści się także szkoła akuszerek; również w osobnym budynku umieszczoną jest klinika okulistyczna.

Nader wzorowém i bogatém jest urządzenie instytutu dla medycyny wewnętrznéj. Znajduje się tu osobne laboratoryjum dla prac histologicznych, potrzebnych do studyjów medycznych, daléj dwie sale przeznaczone na laboratoryjum patologiczno-chemiczne, osobny gabinet, w którym mamy przyrządy pneumatyczne, osobny gabinet przeznaczony dla przyrządów elektrycznych, osobny gabinet dla laryngoskopii, daléj biblijoteka podręczna dla uczniów, obejmująca koło 1000 tomów, również pomieszczona w osobnéj, dużéj sali. Prócz tego jest osobna sala dla wykładów propedeutyki klinicznéj, sala osobna dla teoretycznych wykładów, amfiteatr, gdzie się odbywają wykłady kliniczne, archiwum i w końcu sala egzaminacyjna. Asystenci mają pomieszkanie w zakładzie. Dobór i bogactwo przyrządów jest wielkie. Uderzyło mnie, że do laryngoskopii używają tutaj lamp bardzo skomplikowanych. Prof. Ziemssen używa nawet osobnego przyrządu oświetlanego światłem Drumonda. Uczniów, uczęszczających w bieżącym półroczu na klinikę chorób wewnętrznych, jest przeszło 50. Między niemi bardzo niewielu obcokrajowców (głównie Rosyjan). W połączeniu z instytutem klinicznym jest część oddziału chorób wewnętrznych, należącego do obok stojącego szpitala powszechnego. Z oddziału tego przewożą na wózku bardzo praktycznym do amfiteatru chorych do wykładu przeznaczonych. Uczniowie nie mają wstępu na salę chorych, jakoteż nie mają ich sobie powierzonych. Historyję chorób piszą sami asystenci, lub pod ich kierunkiem kandydaci do egzaminu państwowego. Co rok asystenci wraz z profesorami przygotowują do druku sprawozdania. Pokazywano mi obszerne sprawozdanie z roku zeszłego, właśnie w arkuszach, jeszcze niezłożonych, otrzymane z drukarni Historyje choroby, bardzo dokładnie spisywane, składają się w archiwum, w osobnych tekach na to przeznaczonych. Uczniowie za zezwoleniem profesora mogą pracować w laboratoryjach pod kierunkiem asystentów.

Dzisiaj przywieziono tutaj rzadkiego gościa, żywego Gorylę. Miał on być umieszczonym w menażeryi Kaufmana, jednak w kilka godzin po przybyciu zasłabł, i mimo pomocy, jaką mu udzielili proff. Rüdinger i Kupfer, pośród kurczów żyć przestał. Zwłoki jego wystawiono w łóżku na publiczny widok.

Monachijum, 15 lutego 1881.

Dr. Kopff.

Kilka słów o „Burkucie“.

(Dokończenie. Patrz Nr. 8).

Po przebyciu téj szczególnie na górze Wojtanarce mozolnéj drogi przybywa się dość łatwo daléj do Burkutu który leży w pięknéj kotlinie Czeremoszu czarnego, na 500 do 600 metrów między dwoma pasmami gór rozpostartéj, a około parę kilometrów długiéj i nieco krętéj, w maliny bardzo bogatéj, a naokoło lasami szpilkowemi otoczonéj. Okolica ta, wśród któréj Czeremosz z szumem przebiega, jest prawdziwie dla oka uroczą, i od wiatru wiele chronioną. W tym to miejscu, na południowym stoku góry Albin, znajduje się kilkanaście metrów po nad brzegiem rzeki domek otoczony małym warzywnym ogródkiem, jest to domek gościnny 3 pokoiki i tyleż kuchenek mieszczący, przez kamerę gościom kąpielowym po cenie 10 złr. za pokoik wynajmowany, po nad którym w odległości około 80 metrów znajduje się właściwe źródło zwane „Burkutem“. Źródło to jes nakryte budynkiem drewnianym, kilka metrów długim i tyleż szerokim. Wszedłszy do zabudowania znachodzi się w podłodze drzwi drewniane, które podniesione prowadzą po kilku drewnianych schodach do $1\frac{1}{2}$—2 metrów głębokiego, około $1\frac{1}{2}$ metra szerokiego i tyleż długiego szachtu drzewem ocembrowanego, w którym woda Burkutu się gromadzi, a ztąd rurą drewnianą do najbliższego, nieco poniżéj się znajdującego zabudowania drewnianego, na kąpiele przeznaczonego, odpływa. Przypływ wody Burkutowéj dzieje się po części od spodu szachtu studni, (o czém świadczy tu i ówdzie bulkotanie), głównie zaś od źródła z wyższych gór przypływającego a za pomocą cewki drewnianéj poziomo wstawionéj ujętego. Pod względem ilości wody przypływającéj badane okazuje źródło tu przypływu 3 litry na minutę. W łazienkach drewnianych, nieco niżéj się znachodzących, jeżeli to zabudowanie drewniane, na 4 metry długie i tyleż szerokie, w ogólności tak nazywać wolno, znachodzą się 3 wanienki drewniane, mała ławeczka i koneweczka, którą się wodę czerpie z zagłębienia w dnie podłogi się znachodzącego, a od którego nadmiar wody rowkiem wzdłuż podłogi zrobionym z zabudowania na zewnątrz uchodzi.

Poznawszy to tak skąpo uposażone zdrojowisko chcę w krótkości teraz podać własności fizyczne i chemiczne wody, jak one się mnie w poszukiwaniach okazały.

1. Własności fizyczne. Woda z studni zaczerpnięta okazywała w sierpniu o $7\frac{1}{2}$ rano przy ciepłocie powietrza 8°R. ciepłotę 6,5°R., oddziaływanie jéj było na barwiki roślinne kwaśne, w szklance wydaje drobne bańki gazu, które pękają i wzdłuż ścian naczynia się osadzają (CO_2). Smak wody właściwy wszystkim szczawom obfitującym w CO_2, przyczém atoli za świeża pita trąci dość wyraźnie kw. siar-

kowodowym, zapach ten atoli, nie bardzo dla wszystkich miły, w wodzie butelkowéj coraz więcéj ginie. Ciężar gat. około 1,004.

2. Skład chemiczny. Z pomiędzy ciał znajdujemy żelazo, wapno, magn, sód, lit, kwas krzemowy, kwas solny, siarkowy, kw. węglowy, ślady SH_2, a stosunek ich w 1 kilogram. byłby następujący:

kwasu węglowego	1,0191
dwuwęglanu żelaza	0,0397
„ wapna	0,7430
„ magnezyi . . .	0,4418
fosforanu glinu	ślady
chlorku sodu	0,1936
(wliczyłem tu i małe ilości chlorku litu, który spektroskopem oznaczyłem, lecz nie oddzielałem)	
siarkanu sody	0,5514
„ magnezyi	0,0490
krzemionki	0,0274
kw. siarkowodowego	ślady
Razem	3,0650

Uwagi porozbiorowe.

Jeżeli rozbiór tu podany, a przezemnie w przeciągu lata robiony, od większych wad jest wolnym, a tego się spodziewam z uzasadnieniem, natenczas powiedzieć trzeba, że skład wody téj zbliża się ilością żelaza znacznie do zdroju głównego Krynicy, i że woda ta, należąca do szczaw żelaznych, wiele innych wód tego rodzaju w cierpieniach właściwych zastępować może. Gdyby woda ta na własność prywatną przejść i lepszéj opieki doznawać mogła, wartałoby po dokładniejszém opatrzeniu źródeł (należytém oddzieleniu od innych, ujęciu w kamień) dać ją do analizy właściwym chemikom i losem jéj więcéj się zająć, przynajmniéj dla dobra biedniejszéj ludności powiatów sąsiednich. Obecnie z powodu braku dobréj drogi przystęp do zdrojowiska tego jest nadzwyczaj utrudnionym, a przesyłana woda jest z umysłu przez górali większéj części CO_2 przez dłuższe niezatykanie pozbawioną, a to z tego powodu, aby zdaniem ich mniéj siły miała, i flaszek im nierozsadzała. Że w następstwie tego łatwiejszy jest rozkład wody, jest dla każdego widoczném. Z przejściem zdrojowiska tego w prywatne ręce powstałyby wnet w sąsiedztwie i nowe domki, a miejsce do dziś dnia prawie opuszczone nabierałoby z każdym rokiem coraz większego znaczenia. *Dr. Ant. Pietrzycki.*

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* Dekretem króla włoskiego z d. 11 kwietnia r. z. ustanowioną została Komisyja, składająca się z toksykologów, fizyjologów i lekarzy sądowych, „celem uzupełnienia badań i doświadczeń, które uzna za stósowne, aby znaleść pewne podstawy dla ustalenia próby ogólnéj w zbrodni otrucia, a w szczególności dla wykazania cech odróżniających właściwe trucizny od trucizn, które zwykle wywiązują się w trupie.“ Uzasadnienie tego dekretu królewskiego przez ministra łaski i sprawiedliwości, p. Villę, jest następujące: „Toksykologija znajduje się obecnie w stanie pożałowania godnego pomięszania, szczególnie pod względem trucizn trupich. Ptomainy, które się same wywięzują w trupach ludzkich i zwierzęcych, tak są podobnemi do kurary, koniinu, nikotynu i innych zasad organicznych, że ztąd wyniknąć może straszna wątpliwość i bezkarność skrytobójcy; albowiem małe dawki, jakkolwiek dostateczne do wywołania śmierci, mogą bardzo łatwo zmięszać się z truciznami, które w stanie prawidłowym wywięzują się w trupie. Liczne zdarzyły się niedawno przypadki, w których na pytania natarczywe sędziego karnego nauka nie umiała inaczéj odpowiedzieć, jak przez wyłuszczenie swoich wątpliwości, a Sąd zmuszony był wyznać swoją niemoc w wymierzaniu sprawiedliwości. Aby usunąć tę niepewność, potrzeba przedsięwziąść, długi i dobrze obmyślany, szereg doświadczeń i badań, aby uzyskać prawidła, do których w poszczególn ych przypadkach mogliby stósować się tak sędzia jako i znawca.“

Do komisyi téj powołani zostali chemicy proff. Selmi (który odkrył ptomainy) i Paterno, lekarze sądowi Lazzaretti i Toscani, fizyjologowie Moriggia i Mosso. Komisyja ta ukonstytuowała się 27 czerwca pod przewodnictwem ministra Villi i zawezwała do pomocy jeszcze dwóch chemików: proff. Guareschi z Turynu i Spica z Padwy. (*Rivista sperimentale di medicina legale*, Anno VI, fasc. I e II pag. 222—224).

Przyznać to należy, że rząd włoski wielce zasłuży się nauce przez ustanowienie téj komisyi, która powołaną została do rozwiązania jednéj z najtrudniejszych kwestyj i jak odkrycie alkaloidów gnilnych zawdzięczamy Włochom, tak zapewne wypadnie im zawdzięczyć rozróżnienie alkaloidów w trupie się tworzących od alkaloidów za życia do organizmu wprowadzonych. Ruch naukowy we Włoszech w ogóle jest teraz bardzo wielki, a jeżeli i rząd przychodzi w pomoc uczonym, i nie szczędzi kosztów dla rozwiązania ważnych zagadnień, możemy się spodziewać coraz piękniejszych rezultatów. W każdym razie przykład, który dał minister sprawiedliwości we Włoszech, jest naśladowania godny i w innych krajach.

(J. B.) Niebezpieczeństwo wynikające z konserwowania pokarmów i napojów za pomocą kwasu salicylowego. Minister rolnictwa i handlu we Francyi wydał okólnik do wszystkich prefektów, mocą którego zabrania używać kwasu salicylowego i jego przetworów do konserwowania pokarmów i napojów. Opiera się przy tém na orzeczeniu rady higijeny publicznéj wybranéj dla całéj Francyi, która zażądała od pracowni miasta Paryża rozbioru chemicznego niektórych produktów zawierających kwas salicylowy. (*Progrès méd.*)

* Zarząd gremijum aptekarzy Galicyi wschodniéj przedłożył Namiestnictwu we Lwowie memoryjał w sprawie ciągłego mnożenia aptek w Galicyi. (*Czasop. Tow. apt.*)

* Wyższe kolegijum lekarskie w Monachijum (najwyższa instancyja lekarska w sprawach higijenicznych i sądowolekarskich) obrało 1szym przewodniczącym Dra Kerschensteinera a 2gim prof. Heckera.

(R. T.) Lekarze okręgu czasławskiego w Czechach zgodzili się, w celu uregulowania sprawy honoraryjów, na wniosek następujący: 1) Za każdą wizytę za dnia (od 7 godziny rano do 8 wieczór) w miejscu pobytu lekarza należy się temuż 1 złr. Tylko w wyjątkowych razach wolno lekarzowi zniżyć taksę do 50 kr. 2) Za wizytę w nocy należy złożyć taksę podwójną. 3) Lekarz wezwany na konsylijum w miejscu zamieszkania ma prawo domagania się co najmniéj potrójnéj taksy. 4) Jeżeli sobie chory lub rodzina życzy, aby dwóch lekarzy równocześnie go odwiedzało, to każdemu z nich należy się taksa zwyczajna. 5) Lekarz, zawezwany do chorego po za obrębem miejsca pobytu, może zażądać oprócz wynagrodzenia zwyczajnego za wizytę zwrotu kosztów podróży i za każdą godzinę czasu straconego za dnia 1 złr., w nocy 2 złr. Wreszcie wszyscy lekarze tamtejsi zobowiązali się trzymać się ściśle owéj umowy i w razie potrzeby nawet na drodze sądowéj swych praw dochodzić. (Časopis lék. česk.)

Statystyka epidemij. W tygodniu 5 (do 29 stycznia) ospa w Londynie utrzymywała się w jednakowém nasileniu. Leczyło się w szpitalach 550, świeżo zapadło 114, umarło 52. W Wiedniu umarło 26, w Budapeszcie 8, w Paryżu 32, w Maladze 7, w Tryjeście, Petersburgu i Saragosie po 3. W Madrycie umarło od 4—12 grudnia 23, w Filadelfii umarło od 26 grudnia do 1 stycznia 53. Z duru brzusznego umarło w Paryżu 50, w Petersburgu 37. Z duru osutkowego umarł 1 w Bukareszcie, 2 w Londynie, 3 w Walencyi, 8 w Petersburgu. W Nowym Yorku i Brooklynie umarła z błonicy jeszcze znaczna ilość dzieci. Wiele umierało z zapalenia narządu oddychania głównie w Londynie (601). W Krakowie umarło w tygodniu 6 (do 5 lutego): 3 z ospy, 3 płonicy, 3 z błonicy, 2 krztuśca, 1 z duru brzusznego, 1 z róży, 1 z zimnicy, a doniesiono w tymże czasie: o 2 przypadkach ospy, 2 odry, 2 płonicy, 1 krztuśca, 3 duru brzusznego 1 róży.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 5 (do 29 stycznia) umarło na 1000 mieszkańców i na rok w Krakowie 48,7; we Lwowie 45,8; w Poznaniu 21,5; w Wiedniu 36,2; w Budapeszcie 36,0; w Pradze 43,5; w Tryjeście 35,3; w Berlinie 25,3; w Wrocławiu 31,0; w Gdańsku 30,3: w Monachijum 29,8; w Dreźnie 25,3; w Lipsku 24,4; w Bazylei 40,7; w Brukseli 27,9; w Amsterdamie 23,3; w Hadze 28,0; w Paryżu 33.4; w Londynie 29,8; w Kopenhadze 31,2; w Stokholmie 32,8; w Chrystyjanii 25,2; w Petersburgu 48,8; w Odesie 32,8 w Rzymie 35,6; w Bukareszcie 32,5; w Madrycie 42,5; w Barcelonie 31,9; w Saragosie 41,7; w Lisabonie 33,4; w Aleksandryi 36,5; w Nowym Yorku 29,2; w Filadelfii 23,9; Kalkucie 42,2; w Bombayu 32,2. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 23 lutego. Przedwczoraj grono lekarzy szpitalnych tutejszych pod przewodnictwem dyrektora Dra Harajewicza przedstawilo się, bawiącemu jeszcze w mieście naszém, Marszałkowi krajowemu Drowi Zyblikiewiczowi. Dyrektor szpitalu przemówił jak następuje: „JW. Marszałku! Przybyliśmy tu celem złożenia należnéj czci i uszanowania naczelnikowi najwyższéj naszéj władzy autonomicznéj, jako pracownicy w téj instytucyi krajowéj, która zawdzięcza swój nie do poznania wielki rozwój, w krótkim stosunkowo czasie, jedynie Wydziałowi krajowemu. Zasługa jednak w tym rozwoju należy się niemało i Twojéj osobistéj pracy i staraniom w przeprowadzeniu i dokonaniu budowy, na którą szpital św. Łazarza nadaremnie czekał blisko lat 40. Już dotychczasowe bliższe zajęcie się Twoje szpitalem św. Łazarza pozwala mieć nadzieję, że i teraz pod Twoją dzielną opieką będzie on nadal w duchu swego przeznaczenia dla cierpiącéj ludzkości zbawienną przystanią. My zaś jako pracownicy w nim, pomni naszych obywatelskich obowiązków, dokładać będziemy wszelkich sił, aby szpital św. Łazarza odpowiadał bezustannie swemu celowi." Po przedstawieniu lekarzy, zwłaszcza tych, którzy p Marszałkowi jeszcze nie byli znanymi osobiście, ostatni przemówił w sposób serdeczny, zapewniając o najlepszych swych chęciach dla szpitali krajowych i prosząc obecnych, aby wystąpienia jego przeszłorocznego w Sejmie nie tłumaczyli sobie mylnie, bo powodując się jedynie oszczędnością, tak bardzo w naszych stosunkach wskazaną, nie miał nic do zarzucenia lekarzom, a najmniéj krakowskim, których zawsze w miłéj zachowa pamięci, pragnąc, aby medycyna polska zdołała wznieść się do téj wyżyny, na któréj znajduje się już sztuka polska.

* Lekarze tutejsi w wielkiéj liczbie przystąpili do Koła artystyczno-literackiego, które postarało się o najważniejsze czasopisma lekarskie, tak że lekarze tutejsi mają obecnie czytelnię swoją, któréj od tak dawna bezskutecznie wyglądali.

* W Nrze 8 Časopisu lek. českých znaleźliśmy zaproszenie na Zjazd w Krakowie odbyć się mający, wystósowane i do kolegów w Pradze, dosłownie umieszczone w języku polskim, następnie wzmiankę o słowniku lekarskim, oraz list redaktora Przeglądu Lek. w sprawie umieszczonego w poprzednim numerze tygodnika czeskiego artykułu o porodzie po śmierci matki; list ten również ogłoszony jest po polsku.

* Znakomite dzieło chirurgiczne prof. Alberta, obecnie we Wiedniu, przetłumaczone zostało na język rosyjski. a zeszyt pierwszy właśnie opuścił prasę. (Časop. lek. česk.)

* **Wiedeń**. Wydział lekarski w Insbruku proponuje na katedrę opróżnioną po Albercie na 1szém miejscu Nicoladoniego, na 2giém Mikulicza i Wölflera *ex aequo*, a na 3ciém Nedopila. (*A. W. med. Ztg.*)

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 8: Chełmińskiego: Przyczynek do zastósowania t. zw. lewara do wypuszczania wysięków z jamy opłucnéj; Wolskiego: Skuteczność uciskania jajników w różnych przypadłościach u hysteryczek. — *W Gazecie Lekarskiéj* Nr. 8: Jasińskiego: Spostrzezenia dotyczące leczenia choroby Potta; Matlakowskiego: Obecne stanowisko metody Listerowskiéj (c. d.)

Piśmiennictwo lekarskie. Dr. H. Wyss (w Zurychu): Die Stellung des Arztes vor Gericht in der Frage nach der Zurechnungsfähigkeit, Leipzig, Vogel, 1881, in 8vo str. 43.

Dr. Sury-Bienz (w Bazylei): Uiber die Grundlagen der forensen Zurechnungsfähigkeit. (Dodatek do *Centralblatt für Nervenheilk.* 1880, in 8vo str. 32).

Dwaj młodzi szwajcarscy docenci medycyny sądowéj uważali za potrzebne podzielić się z publicznością lekarską pracami swemi, mającemi ich wprowadzić w nowy zawód nauczycielski. Wyss ogłosił rozprawę swoją jako osobną broszurę. bardzo ozdobną, a po wszystkich czasopismach niemieckich zapowiedzianą; nic dziwnego, że lekarz sądowy ją nabywa, spodziewając się, że zawiera poglądy nowe. Przeczytawszy atoli broszurę całą mimowolnie musieliśmy się zapytać, w jakim celu ogłoszoną została, bo zawiera w istocie tylko jednę wiadomość nową, że projekt nowéj ustawy karnéj austr. już stał się ustawą,—co jednak jest nieprawdą. Pokazuje się, że w bogatéj literaturze niemieckiéj zdarzają się i prace zbyteczne.— Sury-Bienz występuje skromniéj i ogłasza wykład swój wstępny jako osobny dodatek *Centralblattu*. W wykładzie tym zdaje w krótkości sprawę z wyników nowszych badań anatomicznych i fizyjologicznych i dochodzi po części do wniosków ogólnie przyjętych, jak np. że czynności duszy zależne są od stanu kory mózgowéj, że nie ma wolności woli bezwzględnéj,—po części zaś wygłasza zasady nowe, ale co do których trudno z nim zgodzić się, jak np. że poczytność jest pojęciem fizyjologicznem, i że do orzekania o niéj powołany jest tylko lekarz, oraz że przypuścić należy stopnie poczytności. Jeżeli lekarz orzeka o poczytności, a przypuszcza stopnie takowéj, to popadnie w kolizyję nie tylko ze sędzią ale i z prawodawstwem, i wątpimy bardzo, ażali autor zechce te swoje zasady głosić i w obec Sądu. *L. B.*

Redakcyja otrzymała:

Sprawozdanie z posiedzeń Komisyi balneolog. Tow. lek. krak. z r. 1880. Kraków 1881, in 8vo str. 28.

Dr. H KADYI, asystent i docent pryw. anatomii w Krakowie. Kilka przypadków zboczeń układu naczynioruchowego, spostrzeżonych w pracowni anatomicznéj prof. Teichmanna, in 8vo str. 41 z tablicą. (Osobne odbicie z Rozpraw Wydz. matem-przyrodn. Akad. Umiejętn. T. VIII), Kraków 1881.

Piśmiennictwo lekarskie. ALBERT, ED. Lehrbuch der Chirurgie u. Operationslehre. Mit zalreichen Holzschn. 2. Aufl. 1. u. 2. Hft. gr. 8. Wien, Urban et Schwarzenberg. à M. 1.

ATKINSON, W. B., The Therapeutics of Gynecology. Illustrated. 8. London, Bailliere. sh. 18.

AUSPITZ, H., System der Hautkrankheiten. gr. 8. Wien, Braumüller. M. 7.

BAGINSKY Ad. Practische Beiträge zur Kinderheilkunde 1. Hft. Pneumonie u. Pleuritis. gr. 8 Tübingen, Laupp. M. 3.

BARTHELEMY. Recherches sur la variole. 8 Paris, Delahaye et L. Fr. 5

BENOIT. Étude sur les déformations appartamentes des membres inférieurs dans la coxalgie. 8 Paris, Delahaye et L. Fr. $3^1/_2$.

BERLIN R. u. H. SATTLER. Die Krankheiten der Orbita. M. 1 Holzschn. gr. 8. Leipzig, Engelmann. M. 10.

BIEDERT Ph. Die Kinderernährung im Säuglingsalter gr. 8. Stuttgart. Enke. M. 8

BITOT. Contributions à l'étude du mecanisme et du traitement de l'hémorrhagie. Av. 9 fig. 8 Paris, Delahaye et L. Fr. $3^1/_2$.

BOË. Essai sur l'aphasie consecutive aux maladies du coeur. 8. Paris, Delahaye et L. Fr. 3.

BRAME Ch. Traité pratique des affections cutanées ou maladies de la peau. Av. pl. col. gr. 8. Paris, Savy. Fr. 4

BRAUN v. FERNWALD, Lehrbuch der gesammten Gynäkologie. 2 Afl. gr. 8. Wien, Braumüller M. 20.

BRÜCKE E. Vorlesungen über Physiologie. 1 Bd. 3 Aufl. Mit 81 Holzschn. gr. 8. Wien, Braumüller. M. 15.

BULLETIN d. l. société clinique de Paris. 3 année 1879 8 Paris, Delahaye et L. cart. fr. 7.

— d. l. société de médecine pratique, Année 1879. 8. Paris, Delahaye et L. Fr. 4.

BULLETINS d. l. société anatomique de Paris. (1879). 54. année. Av. 2 pl. 8 Paris, Delahaye et L. Fr. 9.

CHURCHILL F., et M. Le BLOND. Traité pratique des maladies des femmes. 3 éd. 1 part. Av. 200 Fig. 8 Paris, J. B. Baillière et fils. l'ouvr. compl. Fr. 18.

CORRESPONDENZ BLATT d. niederrheinischen Vereins f. öffentl. Gesundheitspflege. Red. Dr. Lent. 9. Bd. No. 7—9. Fol. Köln. Du Mont-Schauberg. M. 2.

DUBREUIL A. Leçons de clinique chirurgicale, chirurgie. 2 fasc. 8 Paris, Delahaye et L. Fr. 3.

Towarzystwo lek. krak. odbędzie we Środę dnia 2 marca posiedzenie zwyczajne w sali Akademii Umiej., na którém po zapowiedzianym już odczycie kol. Browicza i kol. Warschauera, mówić będzie kol. Mars o operacyi cięcia cesarskiego podług metody Porro.

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak. odbędzie we czwartek d. 3go marca r. b. o godzinie 5éj po południu w sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwyczajne, na którém po załatwieniu czynności bieżących p. K. Krzyżanowski poda wiadomość o wodzie wydobytéj ze studni artezyjskiéj w koszarach wojskowych na przedmieściu Piasku.

Na rzecz funduszu dla wdów i sierót po lekarzach złożyli w Redakcyi: prof. Dr. Rydel jako członek honorowy 10 złr., doc. Dr. Grabowski 3 złr., a nadesłali Dr. Ulanowski z Lublina 5 rsr. i Dr. Kossak z Jarosławia 2 złr.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj pół tora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Ulica Podwale Nr. 84.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Boulv. Voltaire 180, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia op. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	4 „	6 „

Kraków, 5 marca 1881. №10. Rok XX.

I. Z kliniki chirurgicznéj Prof. Bryka w Krakowie.

Necrosis syphilitica ossis parietalis dextr. subs. perforatione cranii, gummata in corio cranii.

Podał Dr. Schramm.
lekarz praktykujący w téjże klinice.

Ilekroć do lekarza przyjdzie chory z jakimkolwiek obrzękiem na głowie, zawsze pierwszém pytaniem, które sobie zadajemy, jest, czy obrzęk jest powierzchowny, umieszczony na zewnątrz kości, lub téż może sięga aż do jamy czaszkowéj. Nie potrzebuję, zdaje mi się, dowodzić, że jak najdokładniejsze rozstrzygnięcie tego pytania jest rzeczą konieczną, bo w ostatnim razie i leczenie musi być często odmienne, i na rokowanie wpływa to nie mało, jeżeli mamy być przygotowani, że przy zabiegu operacyjnym otworzymy jamę czaszkową i narazimy mózg na wpływy zewnętrzne i niebezpieczeństwa, jakie grożą każdéj ranie. Na szczęście od powiedź na to ważne pytanie w większéj części przypadków jest możliwą i często nie bardzo trudną, mamy bowiem liczne objawy, które z wszelką pewnością przemawiają za połączeniem obrzęku zewnętrznego z wnętrzem czaszki. Do najgłówniejszych cech tego stanu należą: możność wymacania otworu w kości czaszki, podwójne ruchy rytmiczne obrzęku zewnętrznego, t. j. ruchy równoczesne z tętnem i oddychaniem, objawy ucisku na mózg, zatém porażenia, występujące przy usiłowaniu wtłoczenia treści guza zewnętrznego do jamy czaszkowéj, a wreszcie bóle głowy, występujące bądź samodzielnie, bądź przy zadrażnieniu obrzęku. Zdawałoby się więc, że w obec tylu objawów rozpoznanie połączenia z jamą czaszki zawsze jest możliwe; tymczasem doświadczenie uczy, że tak nie jest i jako najświeższy przykład tego może służyć następujący przypadek z kliniki prof. Bryka.

Stachnik Piotr, lat 24 liczący, parobek, pracujący w młynie, przedstawił się w klinice dnia 20 stycznia 1881 r. z obrzękiem wielkości jaja strusiego na prawéj kości skroniowéj. Z wywiadów wynika co następuje: Rodzice chorego poumierali wcześnie, a chory nie umie podać żadnych szczegółów o ich zdrowiu lub przyczynie śmierci. Chory, wychowany od dziecięctwa w domu krewnych, którzy, jak dotąd, cieszą się dobrém zdrowiem, nie przebywał żadnych ważniejszych chorób, tylko przypomina sobie, że w dziecięctwie cierpiał na jakieś krosty, których natury jednak bliżéj oznaczyć nie można. Przed dwoma laty chorował obłożnie z po wodu oberwania się przy dźwiganiu wozu, zresztą był zdrów zawsze. Dopiero w maju roku zeszłego spostrzegł w okolicy skroniowéj prawéj guzek wielkości śliwki, miękki i niebolesny, który przez długi czas zostawał niezmieniony, dopiero w grudniu zaczął, bez znanéj przyczyny, nagle się powiększać i doszedł do obecnéj wielkości. Jeden z towarzyszy chorego zamierzał guz ten przeciąć brzytwą, St. jednak na to nie pozwolił i przybył w celu leczenia się do kliniki chirurgicznéj. Nie pamięta wcale, aby kiedykolwiek uderzył się w miejsce, gdzie obecnie znajduje się obrzęk. Wprawdzie w młodych latach nieraz spadał z konia, raz wypadł z jadącego wozu, późniéj nieraz się trącił w głowę przy noszeniu worków z mąką, jednak przy tém wszystkiém miejsce obecnego cierpienia nie doznało nigdy silniejszego stłuczenia. Również stanowczo zaprzecza chory, aby kiedykolwiek cierpiał na ból głowy, nudności lub wymioty.

Badanie w dniu przyjęcia wykazuje stan następujący: Indywiduum, jak na wiek swój, słabo rozwinięte, skóra barwy czerstwéj, podściółka tłuszczowa dość gruba, mięśnie jędrne. Na głowie w okolicy kości skroniowéj prawéj znajduje się obrzęk wielkości jaja strusiego, kształtu owalnego, cieńszym swym końcem zwrócony ku przodowi, grubszym ku tyłowi i nieco na zewnątrz. Skóra na obrzęku, po ogoleniu włosów, zupełnie prawidłowo zabarwiona, daje się ująć w fałd gruby zwłaszcza w części obrzęku zwróconéj ku potylicy. Ciepłota na obrzęku wydaje się nieco wyższą niż na sąsiednich częściach głowy. Macając zasadę obrzęku napotykamy na około brzeg gruby, twardy, stromo spadający ku wnętrzu guza, idąc jednak daléj ku środkowi natrafiamy na twardą, jakby kostną, podstawę. Zbitość obrzęku wiotka, chełbotanie bardzo wyraźne, powierzchnia zupełnie jednostajnie gładka, słowem

obrzęk ten przedstawia się jakby pęcherz nie zupełnie cieczą wypełniony Guz na swéj podstawie nieprzesuwalny, nie widać na nim ani ruchów tętniczych, ani oddechowych, również badanie stetoskopem daje wynik ujemny; przy bardzo mocném nawet ugniataniu dośrodkowém nie ma żadnych bólów, jakoteż przy tém postępowaniu nie występują żadne objawy ucisku na mózg. Przy końcu czołowym węższym znajduje się guzek osobny wielkości orzecha laskowego, twardy, gładki, skóra na nim prawidłowa; guzek ten niebolesny przesuwać się daje wraz z skórą we wszystkich kierunkach z wyjątkiem z przodu ku tyłowi. Trzy podobne, lecz nieco mniejsze i miększe, guzki znajdują się przy potylicowym brzegu obrzęku głównego Twarz czerstwa, źrenice jednostajnie szerokie, dobrze i jednakowo oddziaływają na światło, w jamie nosowéj nie ma żadnych zboczeń, podobnie i w jamie ustnéj. Skóra na całém ciele zupełnie prawidłowa, nigdzie żadnéj blizny lub owrzodzenia nie ma, na żadnéj z dostępnych badaniu kości nie można wymacać jakiéjkolwiek nieprawidłowości. Narządy oddychania, krążenia i trawienia żadnych zboczeń nie przedstawiają. Ciepłota obserwowana przez 3 dni wykazuje stan lekko gorączkowy, utrzymuje się bowiem między 38,2 a 38,5°C.

W przypadku więc tym tak oznaczenie punktu wyjścia obrzęku, jak i rozpoznanie jego natury przedstawiało bardzo znaczne trudności. Czy obrzęk ten spólniczy z jamą czaszki? Wyczuwamy wprawdzie u podstawy jego brzeg twardy, jakby kostny, ale takie same objawy mogą przedstawiać zwykłe ropnie na czaszce, a nadto w naszym przypadku i ten szczegół traci na wartości o tyle, że poza tym brzegiem czuć twardą, kostną podstawę. Ruchów żadnych ani tętniczych, ani oddechowych na obrzęku nie widać, nie ma bólu głowy, a silne ugniatanie dośrodkowe guza nie wywołuje żadnych objawów ucisku mózgowego. Zatém nie mamy ani jednego objawu, któryby nas skłaniał do przypuszczenia przebicia czaszki; prof. Bryk jednak, na podstawie swych poprzednich doświadczeń możebność tę przypuścił, i w postępowaniu leczniczém zachował wszystkie ostrożności, jakichby wymagało udowodnione istnienie tego powikłania. Co do rodzaju obrzęku, to wystąpienie jego w późniejszym wieku chorego i umiejscowienie przemawiają przeciw przypuszczeniu przepukliny błon mózgowych lub przepukliny mózgowéj wrodzonéj. Do przypuszczenia przepukliny mózgu nabytéj brak w anamnezie urazu, któryby przecie utkwił w pamięci chorego, gdyż musiałby być tak znaczny, aby wywołać złamanie czaszki lub martwinę i ropienie jéj kości, przyczém nie obyłoby się bez znacznych bólów, a o tych chory nic nie wspomina. Przeciw nowotworowi przemawia czerstwy stan zdrowia pacyjenta, zupełnie gładka powierzchnia obrzęku i nadzwyczaj wyraźne, we wszystkich kierunkach jednakowe chełbotanie. Pozostawałyby więc dwie możebności: albo mamy przed sobą zwykły ropień, albo też kaszak znacznych rozmiarów z treścią bardzo płynną. Za ropniem przemawiaćby mogła jedynie nieco podwyższona ciepłota ciała, jednak podwyższenie to jest bardzo nieznaczne, a przy tém brak stałych, a przy istnieniu ropnia znacznych, wahań ciepłoty, brak dreszczów, bólu miejscowego, możność ujęcia fałdu skóry nad obrzękiem, wszystko to przemawiało przeciw ropniowi. Zważywszy nadto obecność kilku małych guzków w sąsiedztwie głównego obrzęku, które przy badaniu przedstawiały wszelkie cechy kaszaków, wszystko to skłaniało do rozpoznania kaszaka. Punkcyja próbna wykonana 23/1 pod wszelkiemi ostrożnościami antiseptycznemi nie dała żadnych pewnych wyników, któreby przemawiały za rozpoznaniem lub przeciw takowemu. W uzyskanéj bowiem cieczy brudno-czerwono-żółtéj znaleziono pod mikroskopem ciałka ropy i znaczną ilość drobno tłuszczowo rozpadłéj masy. Mogła to być zatém ropa z długo istniejącego ropnia lub też zropiała i stłuszczała treść kaszaka.

W dniu 24/1 przystąpił prof. Bryk do otwarcia obrzęku, czego też pod wszelkiemi ostrożnościami antiseptycznemi dokonał za pomocą cięcia, idącego wzdłuż dłuższéj osi obrzęku. Po wypróżnieniu około $^1/_4$ litra cieczy takiéj saméj, jaką uzyskano przy poprzedniéj punkcyi, okazało się, że okostna czaszki była zgrubiała, wewnętrzna strona skóry pokryta strzępkami nekrotycznemi, a z otwartéj jamy wyjęto dwa ciałka okrągłe, jedno wielkości fasoli, drugie wielkości grochu, twarde jakby masa zwapniała. Przy macaniu dna jamy natrafił prof. Bryk na otwór wielkości centa, okrągły i zamknięty od spodu przez oponę mózgową twardą. Następnie przystąpił do wyłuszczenia guzka, znajdującego się przy czołowym końcu obrzęku głównego. Było to jednak niemożebne, albowiem po rozcięciu skóry pokazało się, że guzek ten, umieszczony w saméj tkaninie skóry, nie miał własnéj torebki i składał się z wiotkiego, jakby granulacyjnego, utkania. Podobnie złożone były guzki na potylicowym końcu obrzęku głównego. Masę tę więc wyskrobano łyżeczką Brunsa, wszystkie jamy połączono za pomocą przeciwotworów z jamą główną, włożono 3 dreny i założono opatrunek aseptyczny. Chory po operacyi zupełnie swobodny, odniesiony został na salę z poleceniem zachowania zupełnego spokoju.

Rodzaj cierpienia jednakże, z jakim mieliśmy do czynienia, był jeszcze zawsze ciemny i to tém ciemniejszy, gdyż przy operacyi pokazało się, że owe małe guzki, uważane za kaszaki i które upoważniały do przypuszczenia téj saméj natury obrzęku głównego, nie były wcale kaszakami. Dopiero mikroskop umożebnił rozpoznanie. Badanie cieczy z głównego obrzęku wykazało ciałka ropy pomięszane z ciałkami krwi, a nadto bardzo obficie drobną masę tłuszczowo rozpadłą. Badanie owych dwóch twardych ciałek, które wyjęto z jamy obrzęku głównego, a które uważano początkowo za zwapniałą treść kaszaka, wykazało, że były to kawałki nekrotycznéj kości, gdyż na cienkich przekrojach, po dodaniu kwasu octowego, widać jak najwyraźniéj kanaliki Haversa otoczone dośrodkowo ciałkami kostnemi. Wreszcie badanie masy wyskrobanéj z mniejszych guzków, wykazuje wśród istoty międzykomórkowéj bezpostaciowéj liczne drobne okrągłe komórki, tu i owdzie zaś komórki większe o kilku jądrach. Mamy więc z największém prawdopodobieństwem do czynienia z kilakami, z których jeden rozmiękł, zropiał i wywołał martwinę kości pod nim leżącéj z następowém przedziurawieniem czaszki. Stosownie do tego rozpoznania polecono choremu używanie jodku potasu, zaczynając od 0,40grm. dziennie i stopniując tę dawkę co 5 dni o pół grama, przyczém dyjeta była ściśle mięsna. Przebieg po operacyi był zupełnie pomyślny, ciepłota z wyjątkiem drugiego dnia po operacyi, w którym podniosła się do 39°C, była zupełnie i stale prawidłowa, wał gruby wyczuwalny koło obrzęku głównego zmniejszał się szybko, również rozszedł się bez śladu jeden z nietkniętych przy operacyi guzków przy tylnym końcu obrzęku głównego, rany skóry zagoiły się prawie bez żadnego ropienia.

Przypadek zatém powyższy zasługuje pod kilkoma względami na uwagę. Najpierw należy on do tych dość rzadkich wyjątków, w których prócz kilku kilaków w skórze nie

znajdujemy w całym organiźmie żadnéj zmiany wskazującéj zakażenie kiłowe, a powtóre poucza on, z jaką ostrożnością trzeba rozpoznawać połączenie obrzęku zewnętrznego z jamą czaszki. U chorego bowiem naszego istniał otwór w czaszce, mający 1cm. w średnicy, opona mózgu twarda stykała się bezpośrednio z ropiastą częścią obrzęku, a mimo to chory czuł się zupełnie zdrowym, nosił wielkie wory na plecach, słowem wykonywał wszelkie, ciężkie roboty, i co szczególne, nie doznawał ani razu bólu głowy, który przecie należy do najstalszych objawów cierpienia kości czaszkowych. Wreszcie przypadek ten stwierdza doświadczenie, że przy postępowaniu ściśle antiseptycznem nawet otwarcie jamy czaszkowéj nie musi wywołać żadnych groźniejszych przypadów.

II. Uwagi z powodu szerzenia się chorób połogowych pomiędzy ludnością żydowską w Krakowie.

Napisał Dr. H. Jordan..

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 9).

Przeglądając daléj spis powyższy napotykam na przypadki 4 i 8, które jednak za mało mi są znane, abym o ich pochodzeniu mógł coś pewnego powiedzieć; daléj 3 i 11, których przebieg porodu i początek choroby tak opowiadano, iż zakażenie samoistne zdaje mi się wprawdzie nieprawdopodobne, jednak na zarzut zakażenia przez akuszerki dowodu postawić bym nie mógł; zresztą akuszerek Y. i U. obecnych przy tych porodach nie napotykamy poniżéj.

Natomiast przypadki 9, 13 i 14 dadzą się zdaniem mojém ze sobą w związek wprowadzić i do jednego pochodzenia, tj. zakażenia przez położnę, odnieść. W przyp. 13 widziałem wprawdzie położnę V., ale ta jest córką położnéj W. a bardzo często w praktyce uważałem, iż matka córkę i odwrotnie nawzajem się zastępują lub wspólnie jedną pacyjentkę, szczególnie jeżeli ta jest mocniéj chorą, pielęgnują. Podobnie było zapewne i tym razem. Wszystkie trzy pacyjentki téj grupy rodziły, jako wieloródki, lekko, przy żadnym porodzie nie miało być, według opowiadań saméj akuszerki, żadnego zboczenia, któreby za możliwością zakażenia samoistnego przemawiało; wszystkie trzy zapadły 3 dnia po porodzie na gorączkę połogową w ciężkiéj postaci, a dwie z nich umarły. Wprawdzie trzy te porody odbyły się w dość długim odstępie czasu, 6 i 18 listopada i 11 grudnia, ale w opowiadaniu kolegi Br. (który krótki czas przed chorobą przyp. 11 leczył, na wezwanie położnéj W., położnicę z przyczyny *pelviperitonitis* leży dowód, iż położna W. miała prócz powyższych trzech mi znanych i inne przypadki chorobowe, do których innych jeszcze mogła wzywać lekarzy; zresztą znam ją jako położnę odważną i wiele sobie ufającą, skutkiem czego więcéj od innych wzywania pomocy lekarskiéj unika. Zestawiwszy to wszystko budzi się we mnie bardzo silne podejrzenie, iż W. chorobę swym pacyjentkom przeszczepiała.

Nie chcąc być rozwlekłym, krótko powiem, iż w ten sam sposób z dalszych chorych przypadek 12 uważam jako następstwo przypadku 10, a przypadek 16 przypadku 15 i wyrażam moje przekonanie, iż większość przypadków gorączki połogowéj zawdzięcza swe pochodzenie położnym. Nie można jednak sądzić, abym mając to przekonanie i powiedziawszy na wstępie, iż u nas częściéj żydówki niż chrześcijanki chorują, sądził, że położne żydówki są gorsze i mniéj bezpieczne od chrześcijanek. Wcale nie; mając w ogóle więcéj praktyki lepiéj badają i więcéj są nawet poradne w nagłych i ciężkich przypadkach, a co do zamiłowania czystości i co do przestrzegania swych obowiązków względem chorych i lekarzy, to i chrześcijanki zbytkiem nie grzeszą. Jeżeli atoli położnice żydówki częściéj na choroby połogowe zapadają, to **wina głównie leży w złym zwyczaju posługiwania się akuszerkami.** Powszechném jest bowiem u żydów, wyjąwszy te rodziny, które sobie nasze zwyczaje przyswoiły, iż położna wezwana do rodzącéj po ukończeniu porodu nie pozostaje daléj w mieszkaniu, ale odchodzi do drugiéj pacyjentki i tak daléj i odwidza odtąd położnice swéj pieczy powierzone dwa razy na dzień, lub jeżeli niezbędne, częściéj, by konieczne przez nich czynności jak obmycie, odprowadzenie moczu, wstrzykiwanie itp. wykonać. W ten sposób położna, jeżeli jest wiele zajęta, myje i oczyszcza po kolei kilka lub kilkanaście położnic dziennie bez względu, czy która chora lub zdrowa, i przechodzi nieraz od choréj położnicy, z któréj brudnemi odchodami się stykała, do rodzącéj, któréj jad chorobotwórczy zaszczepia lub przynajmniéj zaszczepić może. Otóż w tém częstém przechodzeniu od chorych, gorączkujących położnic do zdrowych rodzących tkwi główna przyczyna szerzenia się epidemij gorączki połogowéj. Temu zapewne nikt nie zaprzeczy, w opisie powyższym wyraźny mając dowód. Mamy tutaj te same stosunki jak dawniéj bywały w zakładach położniczych, gdzie te same uczennice obsługiwały kolejno jedną położnicę za drugą, bez względu na stan ich zdrowia, ale mamy gorsze warunki niż w dzisiejszych zakładach, w których chore od zdrowych oddzielone bywają i zupełnie osobną dostają usługę i narzędzia.

Nie osłabi powyższego mego zdania zarzut, iż i lekarze niekiedy przychodzą do rodzącéj po dokonanéj sekcyi, po opatrzeniu posokującéj rany, po stykaniu się w ogóle z istotami rozkładającemi się. Jeżeli to jest lekarzom dozwolone, po co zabraniać położnym? możnaby zapytać. Na to odpowiem, iż znane są także liczne przypadki epidemii połogowych szerzonych przez lekarzy; zresztą lekarz sumienny wyjątkowo tylko, zmuszony okolicznościami, idzie od sekcyi lub choréj położnicy do rodzącéj, podczas gdy położna praktykująca między żydówkami z zawodu swego kolejno od jednéj do drugiéj w tym samym dniu przechodzi. W obec lichéj zapłaty i biedy trudno nawet od niéj wymagać, by pielęgnując chorą, któréj odchody mogą drugą niewiastę zarazić, usuwała się dobrowolnie od świeżéj pacyjentki, która ją wzywa, przez wzgląd na jéj dobro i dla spokoju sumienia swego. Tak być powinno, ale chciwość i bieda prowadzą do wiele złego.

Mamy dziś wprawdzie dzielne środki odwietrzające, którémi siłę i niebezpieczeństwo jadu, wywołującego gorączkę połogową, osłabić i mniéj niebezpiecznemi zrobić możemy; możnaby zatém zrobić uwagę: niech tylko każda położna dobrze oczyści swe ręce i narzędzia i obawa zakażenia pacyjentki odpada. Zdania tego jednak nie podzielam mimo najżywszego uznania dla kwasu karbolowego itd. Wiem dobrze, ile zależy od dobrego omycia i odwietrzania rąk i narzędzi, wiem dobrze, iż np. Volkmann (*Centralblatt für Chirurgie* 26, 1880) uważa odwietrzenie jednorazowe za dostateczną ochronę i że tenże po wykonywaniu operacyi na trupie operuje wkrótce potem na żywych i dobre miewa wyniki, ale powołam się tutaj na ogólnie uznane powagi, na Spiegelberga i Winckla,

którzy widocznie jednorazową dezinfekcyję rąk nie uważają wcale za dostateczną, skoro mimo dokonania téjże nie zezwalają lekarzom od trupów lub ran zanieczyszczonych udawać się do rodzących. Winckel zwraca uwagę, iż częstokroć mimo mycia starannego i po kilkakroć powtórzonego ręce, które dotykały np. trupa gnijącego, zachowują czas dłuższy woń niemiłą, co dowodzi, iż mycie nie usunęło jeszcze zupełnie wszystkich pierwiastków gnilnych, które woń wydają, a zatém i zarazić mogą. Runge wspomina w opisie epidemii gorączki połogowéj, która zeszlego roku panowała w berlińskiéj Charité (*Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie* V, 2), iż wykonawszy sekcyję na świeżym trupie dziecka umył się starannie silnym rozczynem kwasu karbolowego i badał następnie ciężarną, która w dwa dni później zachorowała i nierozwiązana umarła: sekcyja wykazała septikemiją, a Runge po wykluczeniu wszelkich innych przyczyn sobie przypisuje winę zakażenia téj osoby. Powszechnie znane jest niemiłe doświadczenie, które w tym względzie zrobił na sobie Huntley; mimo starannego obmywania się, kąpieli i zmiany sukien zaraził on kilka rodzących kolejno, skutkiem czego wstrzymał się przez 6 tygodni od praktyki, a przecież po téj długiéj przerwie jeszcze trzy pierwsze rodzące, które badał, zapadły na gorączkę połogową. To wszystko dowodzi, zdaniem mojém, iż jednorazowe odwietrzanie rąk nie zabezpiecza rodzącéj od zakażenia, jeżeli lekarz lub położna dotykali się poprzednio pierwiastków, które zakazić mogą, — że zatém położne nie powinny pomimo mycia i odwietrzania rąk przechodzić od chorych położnic do kobiet rodzących. Chciałbym tu dotknąć jeszcze różnicy, jaka między chirurgiem a położnikiem lub akuszerką zachodzi; pierwszy operuje narzędziami i dotyka palcami swojemi tylko wyjątkowo rany, położnik natomiast badając wewnętrznie zaszczepia palcem niejako jad chorobotwórczy.

Przypuśćmy jednak, iż obawa powyżéj wymienionych położników, którą i ja podzielam, jest przesadna, i że jednorazowa dezinfekcyja niszczy zarazek, jak twierdzi Volkmann i jak go w tém zdaniu Ahlfeld (*Centralblatt für Gynäkologie* 1880, 16) popiera, to jednak obaj kładą nacisk na to, iż odwietrzanie musi być d o k ł a d n e i b a r d z o s u m i e n n i e wykonane. Volkmann np. po operacyjach na trupie myje i czyści swe ręce aż powyżéj łokcia, a następnie zmienia odzież, zanim do chorych się uda. Tymczasem przypatrzmy się, jak położne nasze, tak chrześcijanki jak i żydówki, pojmują czystość i odwietrzanie rąk i narzędzi. Istnieje wprawdzie rozporządzenie ministerstwa spraw wewnętrznych z 23/X 1878 r. do l. 10,381, które nakazuje każdéj akuszerce mieć w zapasie rozczyn 2% kwasu karbolowego i myć nim swe narzędzia, przyrządy, gąbkę i swe ręce przed każdém badaniem jakoteż przed każdym rękoczynem przedsięwziętym u brzemiennych, rodzących lub położnic; rozporządzenie to wręczone zostało wszystkim położnym, a jednak sumiennie zaręczam, iż na palcach policzyłbym te akuszerki w Krakowie, które idąc do rodzącéj zabierają ze sobą kwas karbolowy i te które się nim myją. Wiele więcéj pamiętają jeszcze o eterze i amonijaku, niż o tym dzielnym leku. Sam zapisywałem wielu położnym rozczyn karbolowy i objaśniałem cel i sposób użycia, jednak wcale się nie pochwalę, aby się to na wiele przydało. W tym tygodniu byłem dnia jednego przy dwóch porodach a nie widząc kwasu karbolowego, pytam o niego obecne położne; od jednéj usłyszałem: mam go w domu, a druga tłumaczyła mi się, iż ciężkim przebiegiem porodu zakłopotana o kwasie karbolowym zapomniała. Ten przykład maluje rzeczywiste dzisiejsze stosunki. Zapisać, kazać sprowadzić z apteki, stać przy miednicy i przypatrywać się myciu rąk musiałem w wielu przypadkach, aby sumienie moje ochronić od zarzutu, iż obojętnością moją stałem się winny nieszczęścia rodziny. A jakżeż to mycie bywa zwykle powierzchowne: ledwo jedna na dziesięć pamięta o tém, iż w brudzie poza paznokciami zalegają najłatwiéj pierwiastki chorobotwórcze i że te miejsca oczyścić potrzeba. Większą jeszcze niedbałość spostrzega się powszechnie w utrzymaniu i użyciu narzędzi. Szczęśliwa częstokroć jest ta rodząca, któréj położna nie umie moczu odprowadzić (bo to się zdarza) lub nie ma zupełnie cewnika (co się równie często przydarza), tak iż lekarz z tego powodu wzywany bywa, a truchleć trzeba o kobietę, któréj akuszerka srom gąbką brudną obmywa, lub u któréj przed wezwaniem lekarza robiła wstrzykiwania, bo mimo nawoływań, iż każda rodząca własną kanką powinna być zaopatrzona, zwykle wstrzykują położne z klisopompy domowéj mającéj starą i zanieczyszczoną kankę lub seregą z treską bardzo często tą samą, którą może przed godziną opłukiwały pochwę z brudnych i rozłożonych odchodów, albo którą podawano lewatywę dziecku choremu na czerwonkę. Jestem przekonany, iż koledzy mający większą położniczą praktykę nie pomówią mnie o przesadę. Napotyka się rzeczywiście w domach prywatnych niekiedy tak niewłaściwe stosunki, iż, gdyby nie przydarzyły się od czasu do czasu podobne przypadki, jak na wstępie opisane, mimo woli musiałby człowiek zapytać siebie, czy wszelkie zalecane ostrożności są konieczne lub nawet potrzebne? Tak jednak dziwić się trzeba, jak oporny jest ustrój niewiasty i jak często uchodzą bezkarnie grube grzechy przeciw uznanym prawidłom higijeny. Otóż ponieważ, oparty na doświadczeniu, mam to przekonanie, iż wiele jeszcze czasu upłynie, zanim nasze akuszerki przyswoją sobie poczucie potrzeby d o k ł a d n é j dezinfekcyi swéj osoby, swoich sukien i narzędzi, przeto jest drugi powód dla którego przechodzenie akuszerki w tym samym dniu od położnicy jednéj do drugiéj lub do rodzącéj zganić należy.

(Dokończenie nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

J. M i k u l i c z: **Nieco o kwestyi mgły antyseptycznéj** (*Spray*).
T e n ż e: **O użyciu antyseptyki w laparotomijach.**

Dwa te tematy z jednego źródła wyszłe, znakomicie obrobione, a o bieżących obecnie i ze sobą spokrewnionych rzeczach traktujące, możemy śmiało razem podać; wypadnie to nawet z korzyścią dla saméj rzeczy i dla czytelnika, gdyż ominiemy koniecznego zresztą przy osobném omawianiu powtarzania się.

Idąc w ślad za autorem musimy dla łatwiejszego zrozumienia dalszych wywodów przejść dotychczasowe rezultaty badań naukowych na tém polu przedsięwziętych. Doświadczeniami na ranach antyseptycznie leczonych i na ich wydzielinach, jak również badaniami najnowszemi nad teoryją grzybków, przedsięwziętemi przez B i l l r o t h a, N ä g e l e g o, B u c h n e r a, C o h n a, K o c h a, W e i g e r t a, F r i s c h a i innych, zostało udowodnioném, że grzybki rozszczepnikowe *(schizomycety)* do kiełkowania zdolne nie we wszystkich warunkach są dla ran szkodliwemi. Z jednéj strony znachodzimy w wydzielinie ran prawidłowo aseptycznie się goją-

cych grzybki owe w najlepszym rozwoju, z drugiéj zaś strony wiemy na pewno, że zwykłe nasze zabiegi antyseptyczne nie są w stanie żyjących zarodków grzybkowych od ran powstrzymać, pomijając już tę okoliczność, że one dostać się mogą do ran inną drogą, tj. przez sam żyjący organizm; nie może być zatém zadaniem leczenia ran antyseptycznego powstrzymywanie przystępu grzybków do ran, lecz tylko zapobieganie ich szkodliwemu działaniu. Że zaburzenia w prawidłowym przebiegu ran pochodzą od szkodliwego działania rozradzających się grzybków, nie ulega dzisiaj żadnéj kwestyi; dla niektórych chorób przyrannych zostało to ściśle udowodnioném, w innych jest wielkiém prawdopodobieństwem. Czy więc schizomycety w ranie dochodzą do rozwoju téjże szkodliwego lub nie, zależy to od wielu warunków, których poznanie jest najgłówniejszą potrzebą ułatwiającą zrozumienie leczenia przeciwgnilnego. Przedewszystkiém mamy różne rodzaje grzybków, z których jedne są szkodliwemi, inne obojętnemi. Nie ulega wątpliwości, że różne rodzaje chorób przyrannych zależą od różnych rodzajów schizomycetów. Czy to są różne gatunki *(species)* w znaczeniu botaniczném, jak to twierdzi Cohn, Koch, Klebs i inni, czy tylko odmiany nie wielkiéj ilości gatunków, jak przypuszczają Billroth, Nägeli i Buchner, jest to dla nas rzeczą małéj wagi, w obec tego, że rozróżniamy grzybki szkodliwe od nieszkodliwych. Pierwsze nazywamy chorobotwórczemi (*pathogene)*, drugie obojętnemi *(indifferente)*; te ostatnie są tylko względnie nieszkodliwemi, gdyż w pewnych warunkach mogą się one stać niebezpiecznemi.

Doniosłość działania grzybków stoi w związku ścisłym z ich pochodzeniem. Zarodniki grzybkowe pochodzące z gnijących tkanek, rozłożonéj wydzieliny rannéj itp., są nie tylko jako chorobotwórcze grzybki bardzo niebezpiecznemi, lecz także i dla tego, że pochodzą z miejsc popierających ich silny rozwój, a więc zaopatrzone w znaczną siłę żywotną. Oprócz tego noszą one na sobie pewną część produktów rozkładowych, przez siebie wytworzonych, któremi tak ranę jak i cały ustrój zakażają. Grzybki pochodzące z wody lub innéj nieprzydatnéj gleby *(Nährboden)* mają stosunkowo mało żywotności i jeżeli nie przynoszą z sobą szkodliwych połączeń chemicznych, są same względnie nieszkodliwemi.

Ważna różnica zachodzi jeszcze między suchemi i mokremi grzybkami. Pierwsze potrzebują dłuższego czasu i lepszych warunków do rozwoju, drugie rozwijają się stosunkowo prędko i łatwo. Ponieważ powietrze zawiera tylko suche zarodniki grzybkowe, przeto odgrywa ono jako źródło zarazy podrzędną rolę a ztąd wniosek, że znaczenie zarażania się powietrznego jest dzisiaj przesadzoném.

Jednak niebezpieczeństwo dla rany nie zawisło tylko od rodzaju i stanu grzybków, potrzeba im do tego pewnych warunków w ranie saméj. Tak np. daje początkowa rzadka wydzielina z rany doskonałą glebę dla grzybków, podczas gdy one w czystéj krwi i w gęstéj ropie nie dobrze się przyjmują. Drugim ważnym czynnikiem jest stan samejże tkanki zranionéj, z którą grzybki walkę o byt staczać mają; zkąd pochodzi wpływ wieku, dyskrazyi, ran dartych, tłuczonych itp.

Również popierają rozwój grzybków zatrzymane wydzieliny z rany, a miejsca takie nazywamy martwą przestrzenią (*todter Raum*), które są dla ran bardzo niebezpiecznemi dozwalając rozwijać się nawet względnie nieszkodliwym zarodkom i zamienić się w szkodliwe. Zakażenie takie nazwiemy samodzielném (*Spontan-Infection*) w przeciwieństwie do stykowego (*Contact-Infection*), które natenczas ma miejsce, jeżeli pośrednio lub bezpośrednio rozlożona wydzielina z rany na ranę się dostaje. Podział ten wkłada na leczenie przeciwgnilne podwójny także obowiązek: 1) Zapobieganie zakażeniu rany przez zetknięcie, a więc oddalenie lub zobojętnienie grzybków szkodliwych przez najskrupulatniejszą czystość, przez którą świetne rezultaty otrzymywali Koeberle, Spencer-Wells i Keith. Jeszcze pewniéj postępujemy łącząc czystość z zabiegami antyseptycznemi w ścisłém znaczeniu tj., że wszystko co się ma zetknąć z raną jak ręce, gąbki, narzędzia itd., poddajemy ścisłéj desinfekcyi. To zadanie pozostaje jednakiém, czy operujemy na twarzy, na odnodze lub w któréjkolwiek z jam ciała ludzkiego. 2) Zapobieganie infekcyi samodzielnéj ma znów na celu: *a*) sprowadzać w ranie warunki dla rozwoju grzybków niekorzystne, i *b)* podtrzymywać tkanki żyjące w spółzawodnictwie z grzybkami. Najlepiéj dochodzimy do celu przez unikanie powstawania w ranie tak zwanych martwych przestrzeni, co znów osiągnąć można albo *per secundam* przy leczeniu ran otwartém, albo *per primam* opatrując ranę sposobem Listerowskim. Ten ostatni polega głównie na drenowaniu i jednostajném zbliżaniu ścian rany przez ucisk, a oprócz tego przyrząd użyty do opatrunku ma na celu wciągać w siebie wydzielinę i zapobiegać jéj rozkładowi. Już w samém pojęciu metody Listera leży, że nie może ona być wszędzie zastósowaną. Gdzie nie da się użyć ani drenowanie ani kompresyja, jak np. we wszystkich ranach stojących w związku z błoną śluzową, tam musimy ranie zapewnić bezgnilność (*asepsis*) innemi środkami; tam zostawiamy ranę otwartą i zastosujemy zraszanie jéj *(irrigatio)* częste lub nawet ciągłe.

Po takich ogólnych wywodach z dotychczasowéj literatury zaczerpniętych przystępuje autor do rozstrzygnięcia pytań sobie postawionych. Czy *spray* jest w stanie usunąć niebezpieczeństwo zarażenia rany grzybkami w powietrzu zawartemi, a w dodatnim razie czy może być zastąpionym innym prostszym sposobem? M. rozróżnia w działaniu rozpylacza dwa skutki: mechaniczny i chemiczny. O pierwszym twierdzą prawie wszyscy zwolennicy, że polega on na tém, iż drobnemi kroplami rozpylonego płynu oczyszcza się powietrze tak, jak to ma miejsce podczas deszczu. Autor przyznaje to jednak z tym skromnym dodatkiem, że oczyszczenie to odbywa się ze szkodą rany. Aby to udowodnić, przedsięwziął szereg doświadczeń tak z rozpylaczami ręcznemi jako i parowemi, z których wynika, że przy użyciu rozpylacza ręcznego zużywa się w jednéj godzinie 1200 sz. cm. płynu, rozpylacz zaś parowy spotrzebował w kociołku 600 sz. cm. wody i 1915 sz. cm. płynu do rozpylacza przeznaczonego. Płyn opadający wynosił przy ręcznym na pół metra oddalenia 1,8 mm. na godzinę, w oddaleniu jednego metra 0,48 mm.; przy parowym w tymże samym czasie wynosił opad w oddaleniu $1/2$ metra 1,08 mm., 1 metra 1,32 mm., $1\,1/2$ m. 0,6 mm., 2 m. 0·12 mm.—W dalszym ciągu doświadczeń działały rozpylacze w izbach, w których powietrzu zawieszonym był drobniuchny pył węglowy a wypadek doświadczeń był ten, iż osad węglowy zachowywał się zupełnie w stosunku prostym do opadu płynu, czyli że w tych miejscach, gdzie rozpylacze najskuteczniéj działały, osad węglowy był 3 do 4 razy znaczniejszym niż osad z py-

łu węglowego samowolnie w tym samym czasie powstały. Przypuszczając, że grzybki, jako lżejsze, w jeszcze znaczniejszym stosunku przez mgłę rozpyloną bywają osadzane, wnosi M., że mechaniczny ten akt rozpylania, sam dla siebie wzięty, ranie nic pomódz a bardzo wiele zaszkodzić może, osadzając na niéj w wielkiéj ilości grzybki z powietrza, które w zwyklych warunkach tylko w stosunkowo małéj ilości tam się dostają. Wykazawszy w końcu, że chemiczne działanie *Spraya* polega jedynie na pewnym (0,02—0,03) odsetku środka antyseptycznego, np. karbolu[1]) przychodzi ostatecznie na drodze teoretycznéj do przekonania, że *Spray* nie jest potrzebnym do przeprowadzenia ściśle antyseptycznego opatrunku i otrzymania aseptycznego przebiegu rany w miejscach absolutnie niezanieczyszczonych; w szpitalach zaś może być snadnie zastąpionym przez zraszanie (*irrigatio*) za pomocą płynów antyseptycznych, która to metoda i dla chorego i dla operatorów o wiele jest przyjemniejszą i od dłuższego już czasu w klinice prof. Billrotha z bardzo dobrym skutkiem używaną. Tak więc udowadnia Mikulicz teoretycznie to, czego już przed tém praktycznie doświadczyli Trendelenburg, Bruns i inni.

W drugim artykule stawia sobie autor pytanie, czy jama otrzewnowa jest przydatną do przeprowadzenia metody Listera we wszystkich jéj szczegółach?

Że musimy się starać wykonać pierwszą polowę wymogów téj metody, tj. zapobieżenie infekcyi przez zetknięcie, rozumie się samo przez się, rozchodzi się tu tylko o to, czy drenowanie i ucisk, jakoteż i sam opatrunek antyseptyczny taki sam pożytek przynoszą, jak w innych ranach i czy w ogólności mamy tu równe warunki gojenia się.

Jak wiadomo postępowanie chirurgów najznakomitszych różni się co do punktu bardzo, tak że jedni należą do zapalonych zwolenników drenowania jamy brzusznéj, inni nie chcą o tém słyszeć; jedni nie odważają się otworzyć brzucha bez *spraya*, drudzy uważają działanie jego wręcz za szkodliwe; jedni otaczają operowanego przyrządem antyseptycznym od połowy uda aż do połowy klatki piersiowéj, inni pokrywają tylko samą ranę, a mimo to i jedni i drudzy chełpią się dobremi rezultatami.

Celem rozstrzygnięcia tych wątpliwości odnosi się autor przedewszystkiém do mało dotąd uwzględnionych, a nadzwyczajnie doniosłych doświadczeń Wegnera, który wykazał, że ani powietrze samo ani w niém zawieszone zarodki grzybkowe nie przynoszą niebezpieczeństwa dla otwartéj otrzewnéj, lecz oziębienie téjże. Oprócz tego zwrócił Wegner uwagę: 1) na wielką powierzchnię otrzewny, która się równa prawie powierzchni całego ciała; daléj 2) na znakomitą zdolność wsysania; 3) niemniéj ważną jest zdolność łatwego przesączania, która po części zrównoważa poprzednią własność; 4) ruchliwość przepony i kiszek; 5) własność wytwarzania plastycznych wypocin; i nakoniec 6) z poprzednią w związku stojącą zdolność łączenia się nawet z tkankami obumarłemi, tak że one po odtorbieniu za pomocą tkanki łącznéj i nowowytworzonych naczyń ulegają wessaniu (Spiegelberg, Waldeyer, Tillmanns).

Jak już wyżéj powiedziano, zapobiedz można zarażeniu samodzielnemu (*infectio spontanea*) tylko przez uniknięcie martwych przestrzeni, których powstaniu zapobiega drenowanie i kompresyja. Czy martwe przestrzenie w otrzewny mają takie samo znaczenie jak w innych ranach? Na to pytanie odpowiada sobie autor, że jeżeli otrzewna jest zdrową, to ze względu na jéj wyżéj podane własności a mianowicie szybkiego wsysania, wypacania i plastycznych zrostów, nie mogą w niéj powstać tak łatwo martwe przestrzenie; powstają one natenczas, jeżeli w jamie brzusznéj pozostawić musimy miejsca pozbawione otrzewnéj a najniebezpieczniejsze są one w małéj miednicy, bo natenczas stosunki wsysania i wypacania są zmienione. Zdawałoby się zatém, i wielu autorów i operatorów jest tego przekonania, że najlepiéj zapobiedz można infekcyi samodzielnéj przez drenowanie. Rozpatrzmy się w tém bliżéj. Aby dren dobrze działał, potrzebne są dwa warunki: 1) jakaś siła, która wypycha nagromadzający się płyn, 2) aby światło drenu i jego boczne otwory były zawsze wolne. Pierwszemu warunkowi czynimy zazwyczaj zadosyć zakładając dren w najniższém miejscu, przez co, jak łatwo pojąć, ciśnienie hydrostatyczne samego płynu wystarcza do wywarcia odpowiedniéj siły. W jamie brzusznéj mamy 3 miejsca najniżéj położone, tj. obydwie okolice nerek i zatokę Douglasa. Łatwo się na trupie można przekonać, że mimo zaprowadzenia drenów w tych miejscach bardzo wiele płynu w jamie brzusznéj pozostaje; powodem tego są zaułki i kieszenie pomiędzy jelitami i krezkami już w stanie prawidłowym, a cóż dopiero jeżeli powstają świeże zapalenia. I drugi warunek nie może być wypełnionym, albowiem pominąwszy to, że częstokroć dren się zatyka skrzepami, to już warunki anatomiczne jamy brzusznéj przyczyniają się do sprowadzenia jego niedrożności. Zrobiwszy M. po dwakroć spostrzeżenie przy sekcyi zwłok po laparo- lub owaryjotomijach, że za życia założone dreny nie mogły działać, gdyż w ich otworkach siedziały kawałki sieci, albo sieć okręcała się prawie do około nich, przedsięwziął szereg doświadczeń na zwłokach jakoteż i w naczyniach szklanych, z których wynika, że tylko pewna część płynu może drenem lub otworem w spodzie odpłynąć, reszta zaś pozostanie z powodu zatkania otworu lub drenu siecią a nawet jelitami samemi. Jeżeli więc w jamie brzusznéj znachodzi się płyn nie mający własności zaraźliwych, to dren jest zbytecznym, jeżeli płyn jest zaraźliwym, to dren go w całości nie jest w stanie odciągnąć, a najmniejsza ilość wystarczy, aby szybko sprowadzić groźne niebezpieczeństwo. Z drugiéj strony dren może być drogą, którą dostać się mogą płyny zaraźliwe od zewnątrz do jamy brzusznéj.

Zatém antyseptyczne postępowanie przy laparotomii będzie polegać: 1) na bardzo skrupulatnéj czystości i desinfekcyi chorego, operatora, asystentów, narzędzi i w ogóle wszystkiego, co z raną w styczność wchodzi, 2) desinfekcyi lokalu, do czego użyć można *sprayu* przez pół godziny przed samą operacyją, 3) na bardzo dokładném i szczelném zamknięciu jamy otrzewnowéj, 4) dokładném oczyszczeniu jamy brzusznéj (*toilette*), 5) jak najskrupulatniejszém zatamowaniu krwotoku, 6) unikanie ile możności pozostawienia płaszczyzn rannych, dla tego obfite używanie ligatur lub żegadła, 7) opatrunek z miernym uciskiem dla zapobieżenia silnemu przepacaniu błony otrzewnéj. Celem przyspieszenia przemiany płynów w jamie otrzewnéj możnaby podawać za radą Keitha w pierwszych dniach po operacyi znaczne ilości ciepłych płynów. (*Archiv f. klin. Chirurgie* t. XXV, 4 i XXVI, 1).

A. O.

---

[1]) Nie podobna przypuścić, aby tak słaby roczyn karbolowy mógł powstrzymać rozwój grzybków, sprzeciwia się to doświadczeniom Frischa i innych. (Ref.)

E. Prideaux: **Przypadek korzystnego działania wielkich dawek bromku potasu i chloralu w otruciu strychninem.**

Kobieta, lat 50 licząca, zażyła przez pomyłkę około 80.00 rozczynu węglanu sodowego, zawierającego 0.05 strychninu. Lekarz wezwany w 3 godziny po zażyciu, zastał chorą leżącą na łóżku w zupełnem stężeniu mięśni, niezdolną wymówić jednego słowa, z tętnem nadzwyczaj słabém i przyśpieszoném. Od czasu do czasu występowały silne drgawki odnóg górnych i dolnych tudzież szczękościsk. W chwili kiedy szczękościsk zwolniał, podał choréj 15.00 bromku potasu i 4.00 chloralu naraz w rozczynie wodnym. Po upływie pół godziny drgawki osłabły nieco a mięśnie, dotąd stale stężone, zwolniały. Po podaniu drugiéj takiéj dawki tężec ustąpił w zupełności, a drgawki tylko rzadko i z małém nasileniem się pojawiały. Po niejakim czasie podano choréj po raz trzeci 15.00 bromku potasu i 4.00 chloralu. Drgawki ustąpiły zupełnie, lecz chora czuła się nadzwyczaj osłabioną i niezdolną do wykonywania jakichkolwiek ruchów. Wśród podawania leków podniecających chora wyzdrowiała po 3ch dniach.

Korzystny wynik należy w tym przypadku przypisać stanowczo działaniu bromku potasu i chloralu, gdyż dawka 0.05 strychninu zawsze jest śmiertelną. (*The Lancet* I. Nr. 2, 1881). *P.*

Brown-Séquard: **O fizyjologicznych skutkach naciągania nerwu kulszowego.**

Korzystne skutki lecznicze uzyskane w ostatnich czasach w przypadkach uwiądu rdzenia pacierzowego przez naciąganie nerwu kulszowego, skłoniły Brown-Séquarda do bliższego badania skutków fizyjologicznych naciągania tegoż nerwu u zwierząt. Już dawniej udowodnił Brown-Séquard, iż przecięcie poprzeczne połowy rdzenia pacierzowego u królików i świnek morskich, mniéj wybitnie u psów, sprawia hyperestezyją odnogi tylnéj po stronie przecięcia, pewien zaś stopień anestezyi, albo nawet zupełną znieczulicę strony przeciwnéj. Autor wykonywał swoje doświadczenia w sposób następujący: przecinał prawą połowę rdzenia pacierzowego u zwierząt, poczém zgodnie z dawniejszemi doświadczeniami nastąpiła hyperestezyja odnogi tylnéj prawéj a anestezyja lewéj, gdy potém naciągał nerw kulszowy lewy, następowało po kilku minutach, najpóźniéj po upływie pół godziny, nietylko czucie zupełnie prawidłowe, lecz nawet niekiedy hyperestezyja odnogi przez przecięcie rdzenia pacierzowego znieczulonéj. Co więcéj, w niektórych przypadkach następowało spotęgowanie hyperestezyi odnogi tylnéj prawéj.

Powstanie to hyperestezyi nie ograniczało się wyłącznie do części odnogi zaopatrywanéj gałązkami nerwu kulszowego, lecz dotyczyło w równéj mierze części zaopatrywanych przez nerw udowy.

Naciąganie nerwu kulszowego bez poprzedniego przecięcia rdzenia pacierzowego wywołało również hyperestezyją odnogi odnośnéj strony, jednak w stopniu znacznie niższym. Nadto powstawało skutkiem naciągania nerwu wyraźne porażenie naczynioruchowe odnogi téj saméj strony. Brown-Séquard tłumaczy zjawiska te częścią zmianą budowy histologicznéj najdrobniejszéj nerwu, wywołaną naciąganiem tegoż, częścią udzieleniem się podrażnienia nerwu rdzeniowi pacierzowemu. (*The Lancet* Nr. 6. 1881).

Dr. Ponikło.

Elsenberg: **Zmiany anatomiczne ślinianek przy wściekliźnie u psa i człowieka.**

E. robił badania na śliniankach 12 psów dotkniętych wścieklizną i 2 ludzi i znalazł w nich następujące zmiany:

U psa. W śliniance podszczękowéj nieco powiększonéj znaczne nacieczenie tkanki śródmiąższowéj drobnemi komórkami, podobnemi do bezbarwnych ciałek krwi i to największe na około przewodów i żył średniego kalibru i we wnęce zrazika, mniejsze ku obwodowi, a brak go zupełnie we wnęce gruczołu; niekiedy jest ono pośród zrazika tak znaczne, że przybiera pozór ropnia mikroskopijnego. Tkanka międzyzrazikowa o wiele mniéj naciekła. Naczynia krwionośne, zwłaszcza drobne żyły i naczynia włosowate, rozszerzone, wypełniająca je krew zawiera znaczną ilość albo rozsianych albo nagromadzonych przy ścianie naczynia bezbarwnych ciałek krwi. Komórki przybłonkowe pęcherzyków przynajmniéj o trzecią część zmniejszone, treść ich ziarnista, jądro ze spłaszczonego staje się okrągłém, powiększa się i leży w środku komórki. Komórki półksiężycowe nabrzmiewają i powiększają się, tak że zajmują dwie trzecie, rzadziéj cały pęcherzyk; ilość ich jąder podwójna lub potrójna. Podobne zmiany w mniejszym nieco stopniu w śliniance podjęzykowéj, a bardzo małe zmiany w gruczole oczodołowym. Ślinianki przyuszne tylko u 4 psów przedstawiały zmiany wyżéj opisane.

U człowieka: Najwybitniejsze zmiany spostrzeżono w śliniance podjęzykowéj, podobnie jak u psa nacieczenie drobnokomórkowe przedstawiającéj, w śliniance podszczękowéj tylko tkanka otaczająca przewody i żyły średniéj wielkości była naciekła, ślinianka zaś przyuszna nie przedstawiała żadnych zmian.

Zmiany opisane uważa E. za sprawę zapalną, któréj przyczyną jest zarazek krążący we krwi i wydzielany przez ślinę, a ponieważ najwybitniejsze zmiany przedstawiały ślinianki podszczękowe i podjęzykowe można przypuszczać, że pzeważnie, a może wyłącznie, tylko ślina tych dwóch gruczołów zawiera przyrzut wściekliźnie właściwy. Autor obiecuje na inném miejscu dokładniéj umotywować swoje przypuszczenia. (*Gazeta Lekarska* Nr. 7. 1881). *Dr. T. W.*

Raynaud: **Przeniesienie wścieklizny z człowieka na królika za pomocą szczepienia.**

Na posiedzeniu Akademii lekarskiéj w Paryżu, dnia 18 stycznia odbytém, Raynaud zdawał sprawę z doświadczeń, które robił wspólnie z Launelongue'm nad zaraźliwością wścieklizny w ten sposób, że czterdziestu królikom zaszczepiał wydzieliny i tkanki z dziecka 5cioletniego, które ukąszone zostało dnia 10 listopada, 7 grudnia okazywało wyraźnie przypady wścieklizny a 11 grudnia w skutek téjże choroby umarło. Doświadczenia R. i L. były trojakie:

1) Szczepienie królików wydzielinami dziecka chorego ale jeszcze żyjącego potwierdziło spostrzeżenia dawniejszych autorów, że wścieklizna może być przeniesiona za pomocą śliny chorego, podczas gdy krew skutku tego nie wywiera. U królików nastąpiła śmierć w 17—42 godzin po zaszczepieniu.

2) Szczepienie różnych cieczy i tkanek wziętych z zwłok dziecka we 24 godzin po śmierci. Dwa króliki zaszczepione śluzem oskrzelowym zdechły po 44 i po 48 godzinach; z sześciu zwierząt, którym zaszczepiono pod skórę cząstki z gruczołu podszczękowego, zdechło tylko jedno po 19 godzinach; dwom królikom zaszczepiono cząstki obrzękłych

gruczołów limfatycznych, jeden zdechł po $9^1/_2$ godzinach, drugi wyzdrowiał po przemijającéj słabości; po zaszczepieniu obu korzeni nerwu trójdzielnego zdechł królik po 3 dniach, inny, któremu zaszczepiono cząstki z gałki ocznéj, po 4 dniach.

3) Przeszczepianie wścieklizny z królików na króliki. Pięć królików, którym zaszczepiono ślinę królików nieżywych pod 2) przytoczonych, zdechło po 20—30 godzinach; z tym samym skutkiem szczepiono trzy razy cząstki gałki ocznéj i krew zaraz po śmierci królika otrzymaną.

Króliki szczepione stawały się apatyczne, nie ruszały się, nie jadły i zdéchały wśród drgawek.

Na podstawie tych doświadczeń twierdzą R. i L., że króliki ich pozdéchały na wściekliznę, albowiem nie było innéj przyczyny śmierci a dziecko z wszelką pewnością chorowało i umarło na wściekliznę.

W dyskusyi, która się wywiązała nad tym przedmiotem, nie podzielają Colin i Beaumetz zapatrywań R., albowiem nie było okresu wylęgania się choroby, a króliki wcale nie okazywały przypadów cechujących wściekliznę; przyczyną śmierci mogła być posocznica.

Pasteur podaje, że w ślinie wyjętéj z ust dziecka zaraz po śmierci tegoż wykrył cechujące pasorzyty prątkowe na $^1/_{1000}$ mm. długie, na obu końcach szersze w środku węższe i one to są czynnym pierwiastkiem w ślinie ze skutkiem przeszczepianéj. A chociaż śmierć u królików nastąpiła bez okresu wylęgania i objawy u nich dostrzeżone znacznie się różnią od klinicznego obrazu wścieklizny, to przecież skuteczność i rezultaty szczepienia dowodzą, że króliki rzeczywiście pozdéchały na wściekliznę a nie na posocznicę, albowiem prątki w ostatniéj chorobie odkryte są zupełnie inne i zabijają morskie świnki, podczas gdy prątki w ślinie wścieklizną dotkniętych odkryte, zwierzętom tym nie szkodzą. *(Gaz. hebdomad. de médec. et chir.* 1881 Nr. 3). *Dr. T. W.*

Prof. Bamberger: **O białkomoczu krwiotwórczym.**

Białkomocz, przydarzający się u ludzi tak zdrowych jak chorych, którego przyczyna leży w zmianie anatomicznéj nerek, nosił dotychczas nazwę białkomoczu przejściowego; nazwa ta o tyle wszakże jest nieodpowiednią o ile białkomocz tego rodzaju utrzymuje się nieraz czas długi, miesiące i lata, z téj przyczyny nadaje mu autor, na podobieństwo żółtaczki krwiotwórczéj, nazwę białkomoczu krwiotwórczego w przeciwstawieniu do nerkotwórczego.

Białkomocz krwiotwórczy znachodzimy: 1) u ludzi zupełnie zdrowych, ilość i procent białka zazwyczaj u tych są bardzo małe; 2) u ludzi chorych gorączkujących, w ciężkich zapaleniach płuc, w durze, przy róży i to bez wyraźnego stosunku między wysokością gorączki a ilością białka; 3) w stanach zastoju krwi ogólnego, przy wadach serca, przeroście i rozszerzeniu tegoż, zrostach osierdziowych; 4) w padaczce, mianowicie po napadzie kurczów padaczkowych. Zresztą w schorzeniach ogólnych, zolzach, gruźlicy, tu jednak w większéj ilości przypadków dadzą się już wykazać zmiany w samych nerkach.

Tłumaczenie pojawiania się białka w moczu w ogóle, a właściwiéj niepojawiania się w stanie prawidłowym, jest dotychczas bardzo różne, według jednych przechodzenie białka ma wstrzymywać przybłonek wyścielający pętle Malpighiego, drudzy odnoszą przechodzenie lub nieprzechodzenie białka do jakości tegoż opierając się na tém, że kiedy np. białko surowicy nie przechodzi do moczu, białko kurze zastrzyknięte podskórnie wnet się w nim ukaże. Runeberg odnosił przechodzenie białka do zmniejszonego parcia krwi w pętlach Malpighiego, inaczéj na te sprawy zapatruje się autor przypisując w mniejszéj części białkomocz zwiększonemu parciu krwi, w większéj zaś zwolnieniu krążenia. Gdzie zetknięcie pomiędzy cieczą a błonami dłuższy czas ma miejsce, tam ciało trudno dające się przesączyć jak białko, o wiele chyżéj i łatwiéj przechodzi. Drugim czynnikiem, nie mniéj ważnym, w przesączaniu białka są stosunki naczynioruchowe. Przecięcie nerwów naczynioruchowych nerek wywołuje białkomocz, prawdopodobnie przychodzi wtedy do zwężenia światła naczyń, tém samém do zwolnienia krwiobiegu. Zmiana warunków naczynioruchowych tłumaczy białkomocz w stanach gorączkowych, tłumaczy go po kurczach padaczkowych, tłumaczy go wreszcie u ludzi zupełnie zdrowych, gdzie o zmniejszeniu ani zwiększeniu parcia krwi mowy być nie może. (*Wiener med. Blätter* Nr. 5 i 6). *Dr. K. Bossowski.*

Dr. Westphal: **O znikaniu i umiejscowieniu objawu kolanowego.**

Początkowo twierdził autor, że znikanie objawu kolanowego jest właściwém dla uwiądu pacierzowego w ogólności, późniéj rozszerzył swe twierdzenie, utrzymując, że jest ono jednym z najwcześniejszych symptomów chorobowych i że w takich razach zwyrodnienie sznurów tylnych znachodzi się w okolicy lędźwiowéj. Obecna praca ma za cel wykazać, czy rzeczywiście w takich przypadkach, gdzie zniknięcie objawu kolanowego jest pierwszym znakiem uwiądu, dadzą się wykazać zmiany w sznurach tylnych i to w części lędźwiowéj, a po drugie, które części tych sznurów są schorzałe. Autor wyciąga główne wnioski z dłuższy czas obserwowanego przypadku, w którym w czasie zniknięcia objawu kolanowego, gdzie żadnych innych znamion uwiądu nie było, śmierć z powikłania nastąpiła. Zmiana, jaką znaleziono, dotyczyła zewnętrznéj części sznurów tylnych, sznurów Burdacha lub inaczéj zasadniczych i to w części lędźwiowéj. Zdaje się więc że te są początkowém siedliskiem rozwijającego się uwiądu i że do sprawy chorobowéj w nich się toczącéj odnieść wypada zniknięcie objawu kolanowego. Co się tyczy znaczenia rozpoznawczego, uważa autor zniknięcie objawu kolanowego jako prawie niewątpliwą cechę rozwijającego się zwyrodnienia szarego sznurów tylnych. (*Berl. klin. Wochschrift* Nr. 1 i 2). *Dr. K. Bossowski.*

Abadie: **Uwagi nad niepewnemi postaciami choroby Basedowa.**

Autor zwraca uwagę Tow. lek. paryskiego na pewną niewyraźną postać choroby Basedowa. U kobiety 28 letniéj objawiało się cierpienie tylko na oku prawém, lekko ku przodowi wysadzoném. Powieka górna nie pokrywała rogówki, a dokoła niéj twardówka była odsłonięta, co oku nadawało wyraz niezwykły. A. nie wahał się w rozpoznaniu choroby Basedowa, a to z powodu równoczesnego kurczu dźwigacza powieki górnéj. Na wezwanie choréj, żeby patrzała w dół, gałka oczna, któréj ruchomość nie była wcale upośledzoną, zwracała się należycie ku dołowi, ale powieka górna pozostawała nieruchomą i nie opuszczała się, skutkiem czego oko przybierało wyraz jeszcze bardziéj niezwykły, a to z powodu obnażenia całego górnego odcinka twardówki. Gdzie ten kurcz powieki górnéj istnieje, ma on wielkie znaczenie rozpoznawcze, jest bowiem chorobie Basedowa wyłącznie właściwym. (Na ten przypad i jego wartość

rozpoznawczą Graefe pierwszy zwrócił uwagę jeszcze w r. 1864, a w r. 1867 wykonał nawet w jednym przypadku częściowe przecięcie m. dźwigacza górnéj powieki z powodu jego kurczu. Sprawozd. Przegl. Lek.) (*Union médicale* z 28 listopada 1880). *Rydel.*

Doc. Janovsky (w Pradze czeskiéj): **Scleroma cutis.**

Chociaż twardziel skóry nie jest bynajmniéj chorobą rzadką u noworodków, jednak przypadek Dra J. odróżnia się od przypadków zwykle obserwowanych i ztąd zasługuje na większą uwagę. Przebieg jego był następujący:

Dziewczynka, sześć miesięcy mająca, pierworodna córka rodziców silnych i zdrowych cieszyła się zupełném zdrowiem. Ojciec nie cierpiał na kiłę. Matka zdrowa, poród był również całkiem prawidłowy. Matka karmiła dziecię sama. Ząbkowanie odbywało się dobrze. Nagle dziecię zaczęło być niespokojném, odpychało pierś, krzyczało i spało długo, lecz niespokojnie. Dr. J. znalazł ciepłotę 38°,—skórę zwłaszcza na twarzy bladą, lekko w żółto wpadającą, miękką i sprężystą, tylko na brzuchu i pod szczęką dolną zdawała się nieco twardszą, chociaż tak na twarzy jak i pod szczęką dała się ująć w fałdy, które atoli zwolna się wygładzały. Przyskórek był zupełnie prawidłowy, obmacywanie nie było, jak się zdaje, bolesném. Język obłożony, biały, błona śluzowa jamy ustnéj prawidłowa. Źrenice równéj wielkości jednakowo oddziaływały na światło. W narządzie oddychania i krążenia zmian żadnych nie można było wykazać. Dnia następnego ciepłota wynosiła 38.6°. Na miejscach ograniczonych, otoczonych prawidłową lekko zaczerwienioną skórą, potworzyły się fałdy mocno naciekłe, które głównie na czole, koło oczu, na twarzy, a częściowo i na dolnéj szczęce i na wyniosłości krtaniowéj się odznaczały. Skóra na tych miejscach była żółtoczerwono zabarwiona, tak że przy bliższém oglądaniu robiła wrażenie, jak gdyby na pierwotnie przekrwioném miejscu wystąpiło obrzmienie powstałe w skutek napływu części wodnistych do tkaniny gruczołu. Fałdy w ten sposób utworzone wystawały nad powierzchnią skóry i były nieporuszalne, nie zmieniając swego położenia przy ruchach mięśni pod niemi położonych. Po wgnieceniu palca w fałd taki powstawał mały dołek, który zwolna znów się wygładzał. Twarz w skutek tego nabrała nieprzyjemnego właściwego wyrazu, gdyż zdawało się, iż dziecię bez przerwy się uśmiecha, a obraz ten przedstawiał wielkie podobieństwo do tego, który u ludzi zdrętwiałych widzimy, a który dawni pisarze nazwali *risus sardonicus*. Obrzmienie skóry na czole i twarzy rozszerzyło się na powieki, przez co utraciły one swoją ruchomość i dziecię oczu zamykać nie mogło. Ztąd powstało właściwe zwracanie oczu ku górze podczas snu tak, iż z pod obrzmiałych powiek tylko białkówkę widzieć było można. Ta sama zmiana wystąpiła na skórze odnóg dolnych, co wywołało lekkie kontraktury w stawach kolanowych, które jednak przy silniejszym nacisku ustępowały. Na trzeci dzień ciepłota 39.2°, dziecię przez noc całą było bardzo niespokojne, wymiotowało często, a mimo to silna biegunka utrzymywała się ciągle. Język suchy, obłożony; obrzęk rozszerzył się na brzuch. Podczas gdy miejsca świeżo chorobą zajęte przedstawiały obraz wyżéj opisany, to w obwodzie dawniejszych obrzmień występowało wyraźne zasinienie, przedstawiając prawdziwy obraz tak zwanéj *algidité progressive*. Kontraktura w stawie biodrowym, która tylko przy użyciu znaczniejszéj siły i tylko na krótką chwilę pokonaną być mogła, obrzmienie na przedniéj stronie ramienia, w skutek czego powstały również w odpowiednich stawach małe kontraktury. Wieczorem tego dnia ciepłota poczęła opadać i wynosiła tylko 38°. Dziecko było bardzo apatyczne, w niżéj położonych częściach płuc pojawiły się rzężenia drobnobańkowate. Czwartego dnia obrzmienie wystąpiło na skórze grzbietu, zwłaszcza wzdłuż stosu kręgowego, *pneumonia hypostatica*, śmierć 5go dnia choroby.

Przypadek ten różni się od przypadków zwykle obserwowanych najpierw tém, że wystąpił u dziecka starszego, zdrowego, dobrze odżywionego. Nie zwykłą téż jest pierwotna lokalizacyja choroby, która, występując zwykle pierwotnie na odnogach dolnych, w tym przypadku najpierw pojawiła się na twarzy. Lecz najwięcéj może niezwykłym objawem jest gorączka. Löschner i inni podają obniżenie się temperatury, jako przypad najważniejszy przebiegu téj choroby, zkąd nazwa francuska wyżéj wspomniana. Lecz ostatecznie podobną nieprawidłowość postrzegamy dość często w przebiegu chorób skórnych. (Časop. lek. česk. 1881, Nr. 1 i 5). *N...i.*

Dr. Kemperdick: **Laparotomija wykonana z powodu wepchania pióra gęsiego do części rodnych niewieścich.**

K. wezwany został do wdowy, od któréj się dowiedział, iż sądząc się być w 4 miesiącu ciąży miała sobie wprowadzić przed 7 dniami, celem wywołania poronienia, do części rodnych pióro gęsie, które się z palców wyślizło i wewnątrz ugrzęzło. Cztery dni jeszcze po téj operacyi chodziła pacyjentka i załatwiała swoje domowe zajęcia mimo boleści silnych i dreszczów, przyczém mierna ilość krwi i wody wydzielić się miała. Badanie wykazało objawy zap. otrzewny, tętno 130, c. c. 38° C. Sklepienie wypukłe i bolesne, z powodu czego wybadanie wielkości macicy było niemożliwe. K. rozszerzył szyję gąbką zbitą i poszukiwał bezskutecznie najpierw szczypczykami, następnie sondował ostrożnie macicę cewnikiem; nagle splezł mu się cewnik na 7 cm. głębiéj, i teraz dotykał K. końcem jego ciała, które mu się piórem być zdawało. Po wyjęciu cewnika wylała się ciecz brudna i bardzo cuchnąca. Celem wydobycia pióra i oczyszczenia otrzewnéj z wypociny posokowatéj, a zatém celem ratowania życia choréj, K. wykonał laparotomiję. Aby dojść do okolicy macicy, musiał zrywać ostrożnie rozległe zlepienia kiszek do otrzewny, śród czego obfita ilość brunatnéj śmierdzącéj cieczy wypływała; wreszcie wydobył pióro, które po nad wzgórkiem krzyżowym poprzecznie było ułożone. Mimo starannego oczyszczenia jamy otrzewnowéj wodą karbolową, założenia drenu i odpowiedniego opatrunku pacyjentka umarła w godzin kilkanaście. Pióro było 19 cm. długie, z tych przypada 9 cm. na koniec pierzasty skośnie ścięty, na którym pierze ostrym scyzorykiem równo było ścięte, tak iż po obu stronach korzonie jego pilnikowato sterczały. Sekcyja wykazała obok ogólnéj *peritonitis* macicę staremi zrostami ku lewéj stronie skrzywioną, nieciężarną, 9 cm. długą a $5^1/_2$ cm. szeroką. W szczycie dna otwór jeden na 3 mm. szeroki, a nieco na prawo drugi otwór, 5 mm. szeroki, o brzegach nieco wywiniętych. Otwory te przedziurawiają macicę w dnie, 5 mm. tylko grubém ale zbitém, na wskróś. K. wykazuje obszernym wywodem, iż obie dziury zrobione były piórem, jedna wcześniéj dni kilka, druga późniéj (za czém i opowiadanie pacyjentki przemawiało), przez drugi otwór przeszedł jego cewnik. Siła użyta niby do przebicia błon płodowych, a właściwie

dna macicy musiała być znaczną, a raz aż do części pierzastéj wepchane pióro nie mogło się wysunąć na zewnątrz, bo pilnikowato ku jamie macicy sterczące korzenie pierza opierały się tamże, a jelita wpychały przy ruchach chodzącéj pacyjentki, coraz głębiéj korzeń dłuższy już w jamie otrzewnowéj leżący. Pacyjentka przyznała przed śmiercią, iż nie sama wykonała na sobie taki niezręczny i zbrodniczy zabieg.

(Podobne przypadki w literaturze są znane. Celem wywołania poronienia kobiety lub ich pomocnicy używają już to różnych łodyg roślinnych, już téż innych przedmiotów długich, jak drutów od pończoch (Graves), żelazek fryzyjerskich (Tardieu), nożyc (Casper), żelazek od parasoli (Gaillard) i t. d. (*Sprawozd.*) *Dr. Jordan.*

Schuster: **O obrażeniach klatki piersiowéj za pomocą narzędzi tępych.**

S. zestawia z literatury wszystkie przypadki pęknięcia serca i płuc, a na podstawie tak zebranego materyjału wywodzi pewne wnioski. Nie jest to więc praca oryginalna, ale mimo to nie można jéj odmówić wartości, choćby pod względem statystycznym. I tak co do pęknięcia serca do 54 przypadków dawniej przez Fischera (w archiwie Langenbecka tomie IX) zestawionych S. dodaje kilkadziesiąt nowych, tak że wnioski swoje opiera na 82 przypadkach. Śmierć nastąpiła 24 razy ($29\frac{1}{3}\%$) natychmiast, w 29 przyp. ($35\frac{1}{3}\%$) wprawdzie nie natychmiast, ale po upływie kilku minut; w 29 przyp. wreszcie śmierć nastąpiła 4 razy w ciągu 1éj godziny, 11 razy pomiędzy 1—24 godziną, 4 razy w ciągu pierwszego tygodnia, 5 razy w 2u, raz w 4 tygodnie, a raz po 6 miesiącach; z czego wynika, że pęknięcia serca nie zawsze są natychmiast śmiertelnemi. Pod względem siedziby pęknięcia zasługuje na uwagę, że najczęściéj ulega uszkodzeniu przedsionek prawy (20 razy), a najrzadziéj komórka prawa (10 razy), podczas gdy komórka lewa 17 razy a przedsionek lewy 12 razy okazały się nadwerężonemi. Pęknięcia dobrowolne serca są częstszemi, aniżeli urazowe. S. zestawił 96 przypadków takich pęknięć; tyczyły one się 56 mężczyzn, 38 kobiet (w 2 przyp. płeć nie była podaną); z tych 55 przyp. tyczyło się pęknięcia komórki lewéj, 9 komórki prawéj, 4 przedsionka prawego, 1 lewego, 11 aorty itd. W tych pęknięciach mięsień sercowy zawsze chorobowo jest zmieniony, a szczelina najczęściéj znachodzi się w lewéj komórce blisko koniuszka. Z wniosków osnutych na podstawie obrażenia płuc zasługuje na uwagę praktyczna dla lekarza sądowego wskazówka, że obecność nieco większéj odmy skórnéj świadczy za tém, że śmierć nie nastąpiła natychmiast, i że proste złamanie żeber zazwyczaj uznawać należy za lekkie uszkodzenie cielesne. (*Zeitschr. f. Heilk.* I, 5—6 Hft., Prag, 1881). *L. B.*

Wiadomości pomniejsze.

(K. B.) **Radykalne leczenie przepuklin wstrzykiwaniem płynów drażniących.** Dr. Warren otrzymał pomyślne wyniki z wstrzykiwania płynów drażniących w tkankę łączną w sąsiedztwie pierścienia przepuklinowego. U dzieci do lat 5 używa wyciągu wodnego kory dębowéj, od 5—15 lat takiegoż z dodatkiem dziesięciu kropli siarczanu eteru, a w przypadkach przepuklin wrodzonych dawnych następującego rozczynu:

Rp. Extr. aq. cort. quercus 16,0
Aether. sulph.
Alcohol. absol. aa 4,0
Morphii sulph. 0,05—0,10.

Strzykawka zawiera 2 grm. płynu, igła jest spiralna z otworami po bokach. Zapalenie po zastrzyknięciu jest czysto miejscowe, ale dosyć silne. Chory przez 15 dni nie powinien opuszczać łóżka, dobrze jest również czyto zapomocą zwykłéj opaski uciskowéj czy lekkiego bandaża przepuklinowego wywierać ucisk na okolicę pierścienia. Z 12 przypadków leczonych tym sposobem, w 9 wynik był pomyślny. (*Journ de méd. et. de chir. prat.*).

(K. B.) **Osobom gruźliczym gorączkującym,** u których trawienie nie jest jeszcze znacznie upośledzone, radzi Dr. Peter dawać przemiennie co godzina:

1) Rp. Extr. quinquinae 4,0
Cognaci 40,0
Linct. gummosi 100,0
2) Rp. Kermes miner. 0,20—0,40
Linct. gummosi 100,0
zamięszać.

zresztą od czasu do czasu pryszczydła na klatkę piersiową, które to leczenie ma znacznie zwalniać postępy choroby. (*Union médicale*).

(K. B.) **Cerium oxalicum przeciw kaszlowi u suchotników.** Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Nowym Yorku podał świeżo Dr. Cheesman wyniki, jakie otrzymał z podawania tego leku. Te są: 1) *Cerium oxalic.* może być podawane do 0,60, a nawet i więcéj, trzy razy dziennie i to przez więcéj dni; 2) jedynym nieprzyjemnym objawem z używania tego środka jest lekka suchość w ustach podczas pierwszych dni; 3) wsypany na język działa najskuteczniéj; 4) skutki stają się mniéj widoczne, gdy jest już brany 5—6 dni, po tym więc czasie wypada zpauzować na krótko; 5) uśmierza najczęściéj bardzo dobrze kaszel i nie wywołuje żadnych przypadów ze strony przewodu pokarmowego, jak to czynią przetwory makowca i inne najczęściéj na kaszel używane środki (*Paris méd.*).

(K. B.) **Leczenie zapalenia jądra zapomocą jodoformu.** W ostatnim czasie podał Dr. Sabadini do wiadomości Towarzystwa lekarskiego w Konstantynopolu spostrzeżenie odnoszące się do chorego, dotkniętego zapaleniem jądra rzeżączkowém, u którego ze świetnym skutkiem zastosował jodoform.

Zapalenie i obrzmienie jądra bardzo znaczne miało miejsce u kelnera, który swego zajęcia ani na chwilę porzucić nie mógł z obawy niechybnéj utraty służby. W tém położeniu Dr. Sabadini uciekł się do jodoformu pod postacią maści (*Jodoformii 4,0 Vaselini 40,0*), który już zachwalał Dr. Bourdeaux w „*Archives médicales belges*“ a zarazem twierdził, że przy tém leczeniu bóle wygórowane wnet znikają, i chorzy swemu zajęciu oddawać się mogą. W rzeczy saméj w przypadku Sabadiniego skutek był świetny, bóle szybko ustąpiły, pomimo całodziennego zajęcia chorego, obrzmienie znikło całkiem po 8 dniach. (*Journ. de méd. de Bordeaux*).

(K. B.) **Nowy sposób leczenia błonicy gardła.** Podany przez Dra Souleya polega na pędzlowaniu powierzchni błonicą zajętych następującym rozczynem:

Rp. Phenolis 9,0
Camphorae 25,0
Alcohol. 9,0
Ol. oliv. 35,0.

Pędzluje się przez dzień co 2 godziny, w nocy co 3 godziny, potém stósownie do polepszania się sprawy chorobowéj w dłuż-

szych odstępach czasu. Smak w ustach po zapędzlowaniu jest nadzwyczaj nieprzyjemny, chorzy się jednak wnet do niego przyzwyczajają. (*Presse méd. belge*).

(P....i) **Działanie kantarydynu.** Na posiedzeniu Tow. lek. szpitalnego d. 11 lutego rb. przedstawił Cornil pracę o skutkach kantarydynu, w której podaje, że prócz wiadomych zmian w nerkach i pęcherzu moczowym w godzinę po zażyciu tego środka napełniają się drobne oskrzelka ciałkami białemi, ciałkami ropy. Ten stan zapalny błony śluzowéj znaleść można także w całym miąższu płuc, a jest on następstwem działania środka drażniącego, to jest kantarydynu rozprowadzonego za pośrednictwem narządu krążenia po wszystkich narządach. W krtani, tchawicy znajdują się te same zmiany błony śluzowéj. Zostawiwszy plaster pryszczący na jedném miejscu przez czas dość długi otrzyma się te same zmiany. Cornil sądzi, że wielkie plastry, przykładane na klatkę piersiową i pozostawione przez piętnaście do dwudziestu godzin, więcéj przynoszą szkody niż pożytku, albowiem przez to wywołuje się nie tylko zapalenie pęcherza i nerek, lecz także zapalenie oskrzeli, a nawet samego miąższu płuc. Aby plaster pryszczący nie zaszkodził, wystarczy trzymać go trzy do czterech godzin. (*France médicale* 1881. 19).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Rada Zawiadowcza Tow. lek. gal.

Posiedzenie z dnia 9 lutego 1881.

Przewodniczący Dr. Hoszard. Obecni Drowie: Biesiadecki, Głowacki, Smutny, Różański, Krówczyński, Szeparowicz, Merunowicz i uproszony jako gość prof. Dr. B. Radziszewski.

1. Dr. Biesiadecki zawiadamia Radę zawiadowczą, iż p. Bonifacy Stiller, właściciel dóbr Morszyna, ma zamiar uczynić darowiznę dla Towarz. lekarskiego galic., a właściwie uczynić fundacyję imienia Magdaleny i Bonifacego Stillera na korzyść funduszu wsparcia dla wdów i sierót po członkach Tow. lek. galic. wyznania chrześcijańskiego. Dr. B. odczytuje projekt aktu fundacyjnego opracowany przez p. M. Madejskiego, projekt na który p. Stiller zgadza się w zupełności, poczém prof. Radziszewski objawia swe zdanie co do jakości i obfitości zdrojów morszyńskich, jakotéż co do borowiny tamtejszéj, podaje wreszcie wskazówki, w jaki sposób możnaby wytwarzać fabrycznie niektóre wyroby lecznicze. Gdy Dr. B. jako referent wyjaśnił cały projekt kontraktu darowizny, wywiązała się bardzo szczegółowa, prawie dwie godziny trwająca, dyskusyja, w której brali udział wszyscy obecni, poczém zgodzono się, by jeszcze raz wziąść sprawę pod obradę zasiągnąwszy poprzód bliższych wyjaśnień od p. Stillera.

2. Uchwalono przedstawić prośbę p. K. wdowy po członku naszego Towarzystwa Walnemu Zgromadzeniu z wnioskiem udzielenia dwojgu jéj małoletnim dzieciom pensyi stałéj po 60 złr. w. a. aż do osiągnięcia wieku statutem oznaczonego.

3. Ponieważ p. Z., także wdowa po członku, obecnie jest właścicielką kamienicy, jakkolwiek mocno obdłużonéj, uchwalono na teraz przedstawić jéj prośbę Walnemu Zgromadzeniu z wnioskiem odmownym.

4. Na wniosek odpowiedniéj Sekcyi udzielono 100 zł. zapomogi koledze G., który z powodu ułomności nie może zarabiać na swą liczną rodzinę.

5. Również na wniosek odpowiedniéj Sekcyi udzielono 100 zł. zapomogi koledze B., który od pięciu lat obłożnie jest chorym.

6. W końcu naznaczono dzień 26 lutego na Walne Zgromadzenie.

Rada zawiadowcza Towarzystwa Lekarskiego galicyjskiego, na zasadzie uchwał powziętych przez sekcyje Towarzystwa, tudzież własnych zapatrywań uchwaliła na posiedzeniu w. d. 10 stycznia 1881 oświadczyć się (na wniosek kol. Rożańskiego):

a) za następnemi urządzeniami:

1) Receptę zawierającą jeden lub więcéj leków oznaczonych krzyżykiem w farmakopei austr. wolno tylko raz jeden ekspedyjować, jeśli na niéj lekarz (weterynarz) wyraźnie inaczéj nie rozporządzi (to jest nie dozwoli wydawać ją pewną ilość razy lub przez pewien czas). Każdéj zaś innéj recepty tylko wtedy nie wolno wydawać więcéj niż raz, jeżeli na niéj stoi wyraźny zakaz powtarzania ze strony lekarza (weterynarza).

2) Wydawanie leków na wszelkiego rodzaju odpisy recept ma być wzbronioném, bez względu na to, jakie leki w przepis wchodzą.

3) Recepta ma obok czytelnego podpisu lekarza zawierać datę i miejsce jéj wydania. Ekspedyjujący ją winien wpisać ją w książkę apteczną, na ten cel przeznaczoną, taksując ją zaś wypisać na niéj nietylko cenę ryczałtową lecz i poszczególne jéj składniki (tak samo jak na receptach płatnych z funduszów publicznych), daléj wytłoczyć stampiglię apteki, wymienić numer bieżący recepty, czytelnie się podpisać.

4) Władze polityczne winny pilnie baczyć, aby przepisy, ograniczające sprzedaż leków po sklepach, nie były, jak dziś, martwą literą, liczba aptek zaś nie była bez prawdziwéj potrzeby pomnażaną.

b) przeciw następnym punktom:

1) Obowiązkowym blankietom na recepty; 2) obowiązkowi wymieniania na recepcie nazwiska pacyjenta; 3) zakazowi kopijowania recept. *Dr. Merunowicz,*
sekretarz.

V. Listy z Warszawy.

1.

„Gazeta Lekarska“ i „Kronika Lekarska“. — Przyznanie Lutostańskiemu przez Tow. lek. warsz. nagrody konkursowéj imienia Chojnowskiego. — Nowo powstające lecznice warszawskie i ich wpływ na poniżenie godności stanu lekarskiego. — O słowniku terminologii lek. polskiéj. — Nowy Dyrektor kliniki terapeutycznéj w Warszawie. — Szkoła posługaczek szpitalnych. — Choroba oka Dra H. Stankiewicza.

Gazeta Lekarska rozmaite przechodziła koleje i różne przebywała fazy. Założona przed 16tu laty przez Girsztowta, zapowiadała się z początku bardzo świetnie, gdyż współpracownikami jéj byli wszyscy profesorowie fakultetu lekarskiego warszawskiego. Łatwo można było przypuścić, iż świetném będzie pismo podtrzymywane przez takie powagi jak Hoyer, Brodowski, Hirschfeld, Nawrocki, Narkiewicz — Jodko, Neugebauer, Tyrchowski, Łuczkiewicz etc. Nadzieje te jednak wkrótce się rozwiały. Girsztowt wiele rzeczy na raz zaczynał, ale niczém w wytrwałości nie miał; nie umiał skupić naokoło siebie cennych współpracowników, którzy byliby pismo wysoko postawili, odstręczał od siebie wszystkich i Gazeta Lekarska stała się wkrótce tak wodnistą, tak bezwartościową, iż raczéj wstyd nam przynosiła. Opracowywanie artykułów powierzano studentom, nie mającym pojęcia o przedmiocie, a tłumaczenia ich nędzne nie były przeglądane ani poprawiane przez Redaktora i mieściły się w nich takie nonsensa, jak „wieśniak jego Iwanczicz“, co było przekładem wyrażenia niemieckiego „*Sein Landsmann Iw.*“ albo „zimnica panuje tam, gdzie pola nie są zabudowane“ zamiast uprawiane, obsiane. Taki nędzny żywot pędziła Gazeta aż do końca życia Girsztowta, który umierając polecił na Redaktora prof. Łuczkiewicza. Stała się ona własnością jakiegoś Radcy stanu Szymkiewicza, który na raz wystąpił jako właściciel drukarni, w której się odbijała. Łuczkiewicz objąwszy redakcyją, w rzeczy saméj przyczynił się do podniesienia wartości Gazety. Redaktor zdolny, ale twardy to kawałek chleba redaktorski: chodzić, starać się, prosić, do pisania

zachęcać ludzi, którzy praktyce będąc oddani nie wiele mają czasu ani ochoty zabawiać się piórem; Ł., który zresztą uzdolnieniem, łatwością pisania, wytrawnością zdania odpowiadał wybornie stanowisku Redaktora, zadaniu temu jednak nie podołał i konieczną była znowu zmiana. Szymkiewicz postanowił sprzedać Gazetę; nabyło ją dwudziestu kilku lekarzy, należących przeważnie do młodego pokolenia i będących po większéj części ordynatorami w warszawskich szpitalach. Każdy z nich nabył akcyję 100 rublową i w tym stósunku do czystych zysków należeć będzie. Ale nie idzie tu bynajmniéj o zysk, tylko o to, iż każdy współwłaściciel poczuwać się będzie moralnie do obowiązku dostarczania Gazecie artykułów i to przeważnie oryginalnych, będących wynikiem obserwacyj szpitalnych. Wkrótce po nowym roku powiększył jeszcze grono współpracowników prof. Hoyer, prezes Towarzystwa lekarskiego, powszechnie u nas poważany; nietylko jako dzielny uczony i profesor, ale jako zacny obywatel kraju. Przy takim stanie rzeczy można się spodziewać, iż Gazeta Lekarska redagowaną będzie sumiennie i przyniesie prawdziwy pożytek naszemu lekarskiemu społeczeństwu.

Pierwszy numer, który pod nową wyszedł redakcyją, starannie był opracowany, (wyborny artykuł Dunina o niedokrwistości złośliwéj na szczególną wzmiankę zasługuje), ale nieznać w nim było planu z góry powziętego, niewypełniał zapowiedzianego programu i nosił na sobie charakter jakiegoś numeru popisowego, w którym każdy złożył to, co miał najlepszego. Niektóre przedmioty zbyt rozwlekle były traktowane (np. o pozornéj kastracyi kobiety), zajmując miejsce, które powinnoby być innemi działami zapełnione. Za to w następnych numerach jakoś równowaga przywróconą została: prace oryginalne pod każdym względem na uznanie zasługują, a i wyciągi z zagranicznych gazet umiejętnie są dobierane.

„Kronika Lekarska", czwarte pismo lekarskie warszawskie, istniejące dopiero od roku, będzie w dalszym ciągu wydawane. Redaktorem był dawniéj Dr. Kosmowski a obecnie będzie nim Dr. Filipowicz, a wydawcą Dr. Bauerertz. Czy w Warszawie potrzebne są aż 4 pisma lekarskie? Zdaje mi się, że nie ma na to ani dostatecznéj liczby piszących ani czytających. Bez porównania korzystniejby było dla czytelników, gdyby pism było mniéj, gdyż w takim razie siły tak bardzoby się nie rozpraszały.

Towarzystwo lekarskie warsz. ogłosiło swojego czasu konkurs imienia Chojnowskiego, zmarłego przedwcześnie profesora Uniw. warszawskiego, na dowolnie obrany temat z higijeny publicznéj Warszawy lub innego miasta polskiego. Na wyznaczony termin nadesłaną została jedna tylko praca p. n.: „Wodociągi krakowskie" i p. godłem.: „Zkąd możemy mieć wodę?" Rozprawie téj nagroda konkursowa przyznaną została, a po odpieczętowaniu koperty przekonano się, iż autorem jéj jest Dr. Bolesław Lutostański z Krakowa. Komitet wyznaczony z łona Towarzystwa lekarskiego nadzwyczaj pochlebnie pracę tę ocenił. W sprawozdaniu jego, odczytaném na posiedzeniu Towarzystwa przez Markiewicza, czytamy następujące słowa uznania: „Zakres konkursowéj rozprawy jest bardzo obszerny. Autor nie tylko uwzględnia miejscowe krakowskie warunki i potrzeby, ale podaje z wielką troskliwością zebrane wiadomości dotyczące takichże warunków, potrzeb i urządzeń w kilkudziesięciu miastach zagranicznych i zapoznaje przytém czytelnika jak najdokładniéj z rozlicznemi opinijami naukowemi tak higijenistów jak i techników w kwestyi zaopatrzenia miast w wodę. Część chemiczna rozprawy, dotycząca tak wód studziennych krakowskich jak i wód w okolicach miasta będących, opartą jest wyłącznie na własnych analizach autora i przedstawia istotnie kolosalny materyjał świadczący o niesłychanéj jego wytrwałości i pracowitości. Autor wykonał kilkaset analiz wody". Daléj w opisie rozdziału Igo rozprawy czytamy: „Rozdział ten napisany jest świetnie, pełen energicznych zwrotów zawsze znajdujących oparcie na licznie nagromadzonych faktach i cyfrach etc.". Sprawozdanie kończy się następującemi wyrazami: „Zdaniem naszém cierpliwość, trudy autora, równie jak i jasność wykładu bezwarunkowo nakazują przyznać mu nagrodę konkursem przewidzianą a to témbardziéj, że praca jego mimo że cel jéj jest miejscowy, krakowski, stanowić będzie doskonały podręcznik dla innych miast naszych, w którychby pomyślano o poszukiwaniach w celu zaopatrzenia ich w wodę". Za najlepszy dowód, jak bardzo higijena u nas odłogiem leży, posłużyć może okoliczność, iż na temat konkursowy higijeniczny ani jednéj pracy miejscowéj nie nadesłano i autor krakowski był jedynym ubiegającym się o nagrodę konkursową.

W roku ubiegłym powstały w Warszawie aż trzy nowe lecznice: dwie na ulicy Długiéj a jedna na Marszałkowskiéj, a ponieważ trzy już dawniéj istniały, więc mamy ich obecnie sześć. Oprócz tego we wszystkich prawie szpitalach są ambulatoryja, w których darmo udzielają pomocy lekarskiéj ubogim. W jednéj z lecznic wymienionych na ulicy Długiéj udzielają pomoc lekarską oraz wydają lekarstwa, opatrunki etc. darmo, a koszta jéj utrzymania opędzają się z funduszów Czerwonego krzyża. W pozostałych lecznicach pomoc lekarska kosztuje 50 groszy i reprezentowane w nich są wszystkie specyjalności. Najwięcéj uczęszczają do nich pacyjenci z chorobami syfilitycznemi, oraz pacyjentki dotknięte chorobami macicznemi. Stosunkowo najliczniéj odwiedzana jest lecznica t. zw. pierwsza, mieszczące się w gmachu Towarzystwa lekarskiego. Ruch tam jest wielki a chociaż to lekarzom nie przynosi znacznych materyjalnych korzyści, to jednak obfitość materyjału dostarcza młodym, początkującym lekarzom pola do nabycia wprawy w leczenie, korzyść ztąd nie mała wypływa dla ubogich chorych, niemających środków do płacenia lekarzy, ale z drugiéj strony takie obniżanie skali honoraryjum lekarskiego wpływa bardzo niekorzystnie na ogół. Nie dla tego iż czyni to konkurencyją lekarzom i uszczupla ich dochody, (chociaż wyrasta ztąd nieraz ta anomalija, iż chory, który za 50 groszy w lecznicy porady lekarskiéj szuka, wydaje tego samego dnia parę rubli na krzesło w teatrze), ale przeważnie dla tego, iż ludzie przyzwyczajeni są lekce traktować sobie rzecz, która im z łatwością i za tanie pieniądze przychodzi. Jakkolwiek potępiać nie można ze stanowiska etyki lekarskiéj młodych lekarzy ogłaszających, iż za 50 groszy udzielają porady, to jednak kwestyi nie ulega, iż postępowanie takie poniża godność stanu lekarskiego i z tego powodu powstawanie nowych takich lecznic wcale nie jest pożądane; tymczasem dowiaduję się, iż robią już starania o pozwolenie założenia 7éj lecznicy na Pradze. To już jest za wiele i nazwać to można pospolitowaniem stanu lekarskiego; przecież znaleźli się już lekarze, którzy ogłaszają, iż udzielają porady lekarskiéj w domu na tych samych warunkach co w lecznicach, a bilet wejścia nabyć można u służącego! Więc odbywać będziemy taką licytacyję *in minus*, jak na dostarczenie butów lub mąki dla armii!

Kwestyja słownictwa i terminologii lekarskiéj nie prze-

staje zajmować umysłów w Warszawie, a w tych dniach pojawił się obszerny artykuł o tėj kwestyi w Gazecie warszawskiéj, jednėm z najpoważniejszych i najpoczytniejszych pism naszych. Wyczekują tu z wielkiém naprężeniem, ale též i z pewnym niepokojem, na pojawienie się waszego Słownika. Gazeta warszawska wypowiada obawy, żeby do Słownika tego nie dostało się zbyt wiele wyrazów z dawnego słownika Skobla i Kremera, gdyż niektóre wyrazy, przez lekarzy z początku wyłącznie używane, przechodzą do ogólnėj literatury; więc powstaje przeciwko wyrazom: wymogi, połączki, pożywki, tworzywny, nagminny, etc. Ze sprawozdania Komisyi terminologicznėj krakowskiéj (odczytanego na ostatniėm posiedzeniu Towarzystwa lek.), oraz z próbnego arkusza Słownika, rozesłanego z Przeglądem Lekarskim, dowiadujemy się, iż uwagi nasze w znacznėj części uwzględnione zostały. Uspokoiło to do pewnego stopnia umysły, ale uwzględnienie takie, jak je widzimy w próbnym arkuszu, nie bardzo właściwėm nam się wydaje, przy niektórych wyrazach podane tam są wyrazy oddzielnie krakowskie a oddzielnie warszawskie. Tworzą się *eo ipso* dwa obozy, których być nie powinno. Np. przy wyrazie: *Aether chloratus* czytamy: Chłorek etylowy; warsz. chlorek etylu. Różnica to jest tak błaha tak mało znacząca, iż nie warto było uwydatniać tego dwojakiego sposobu wyrażania się, tėmbardziėj, że i w Warszawie bardzo wielu mówi i pisze chlorek etylowy. Mamy nadzieję, że w dalszym ciągu Słownika ta ostatnia uwaga nasza uwzględnioną będzie i że autorowie to przeciwstawienie dwóch obozów krakowskiego i warszawskiego zarezerwują dla rzeczy większėj wagi. Za to podoba nam się bardzo odznaczanie krzyżykiem wyrazów starych, które obecnie z użycia wyszły.

Dyrektorem kliniki terapeutycznėj, po zmarłym Lewickim, którego tu powszechnie żałują, został mianowany niejaki Popoff, asystent i docent Akademii medycznėj petersburgskiėj, o którym w świecie naukowym dotąd nic nie wiedzą.

W szpitalu św. Rocha w Warszawie ma być założona szkoła posługaczek szpitalnych, któreby otrzymywały odpowiedni patent i któreby najmowały się do pielęgnowania chorych na mieście. O programie tėj szkoły i o bliższych szczegółach tėj sprawy doniosę wam później.

Wielkie nieszczęście spotkało jednego z kolegów naszych, Henryka Stankiewicza, syfilidologa. Zaraził się on od pacyjenta swojego, dotkniętego tryprem i zapadł na *Ophthalmia gonorrhoica*. Prawe oko już jest prawie stracone, lewe zostało uratowane.

Warszawa, d. 27 lutego 1881. β.

Listy z Monachijum.

2.

Szpital powszechny. — Szpital nad Izarą. — Domy dla chorych nieulecznych. — Klinika okulistyczna. — Zakład dla położnic. — Reisingerianum. — Szpital obłąkanych. — Instytut patologiczny. — Instytut anatomiczny. — Instytut higijeniczny.

Monachijum posiada dwa szpitale. Jeden większy, w dolnėj połowie miasta po lewėj stronie Izary, dostarcza głównie do wykładów materyjału klinicznego. Drugi mniejszy przeznaczony jest dla mieszkańców górnėj połowy miasta, po prawėj stronie Izary. Większy szpital, wystawiony w r. 1813 przez króla Maksymilijana Józefa, obejmuje 54 sal i 36 małych gabinetów dla pojedyńczych chorych. Architektonika zewnętrzna nie odznacza się okazałością. Szpital ten jednopiętrowy może pomieścić koło 550 chorych. Urządzenie wewnętrzne nie przedstawia nic szczególnego, wszędzie tylko uderza nadzwyczajny porządek i czystość. Wentylacyja odbywa się za pomocą odpowiednich pieców, urządzonych według metody Pettenkofera. Od r. 1847 pełnią służbę przeważnie Siostry Miłosierdzia. Z lewėm skrzydłem szpitala stoi w związku zakład kliniczny prof. Ziemssena, opisany już w pierwszym moim liście. Prawe skrzydło szpitala zajmuje klinika chirurgiczna prof. Nussbauma, lekarza generalnego armii bawarskiėj, urządzona również czysto i wygodnie. Tutaj pomieszczona jest także klinika chorób wewnętrznych tajnego radcy prof. Gietla. Naprzeciw szpitala postawiono w r. 1865 dom dla chorych nieulecznych, obejmujący 9 sal. Każda sala przeznaczona jest na 11 chorych. Wentylacyja urządzona według systemu Boehma. Również mniejszy szpital po prawéj stronie Izary, mogący pomieścić do 300 chorych, ma obok osobny budynek dla chorych nieulecznych. Osoby nieosiadłe stale w Monachijum są obowiązane płacić stosownie do dochodów wymierzony podatek na szpital. Za to w razie choroby mają prawo do bezpłatnego pomieszczenia i leczenia w szpitalu. — Oddział chorych ocznych umieszczony jest w osobnym budynku przeznaczonym na klinikę oczną prof. Rothmunda. — Oddział położniczy mieści się również w osobnym zabudowaniu na Sonnenstrasse. Prócz kliniki położniczéj prof. Heckera umieszczoną jest tam także szkoła akuszerek.

Znaczna część wykładów odbywa się w obszernym piętrowym budynku, również na Sonnenstrasse, w t. z. poliklinice. Budynek wystawiono w r. 1861 ze zapisu prof. medycyny Reisingera. Po nim nazywają zakład ten także *Reisingerianum*. Zewnątrz budynek ten nie odznacza się wykwintnością. Mieści prócz trzech sal dla chorych salę wykładową, biblijotekę i czytelnię dla uczniów, osobne sale dla prac drobnowidowych i patologiczno-chemicznych, salę dla studyjów farmakognostycznych z dość bogatym gabinetem, i zbiory narzędzi chirurgicznych. Po za polikliniką jest ogród dla roślin lekarskich. W zakładzie tym wykładają proff.: Seitz, Buchner, H. Ranke, Amann, J. Ranke, Schech, Liebig, Helferich i Oeller.

Wykłady psychiatryi prof. Guddena odbywają się w obszernym szpitalu dla obłąkanych, nieco za miastem położonym. Gudden jest zarazem dyrektorem tego zakładu, ze wszech miar wzorowo urządzonego.

Instytut patologiczny na Krankenhausstrasse mieści pracownie dla anatomii patologicznėj, histologii patologicznėj i patologii eksperymentalnéj, oraz muzea anatomii patologicznėj. Na dole znajdują się pracownie i sala sekcyjna, na piętrze zbiory. Prosektoryjum jest bardzo dogodnie urządzone, z góry oświetlone, w około ławki amfiteatralnie wzniesione dozwalają znacznėj liczbie uczniów korzystać ze sekcyj. Stół marmurowy jest zaopatrzony w rury doprowadzające wodę ciepłą lub zimną. Gabinet, w dużych trzech salach pomieszczony, nie przewyższa bogactwem zbiorów krakowskiego Uniwersytetu, niestety tak źle pomieszczonego w jednėj szczupłėj salce. Są tutaj bardzo ładne okazy zmian w jelitach, wywołanych cholerą, dalej ładny zbiór preparatów patologicznych przerostu skóry, przyskórka i paznogci. W ostatniėj sali znajduje się szkielet olbrzyma Tomasza Hallera z Gund nad Tegernsee. Olbrzym ten kolosalnego wzrostu (przeszło

2 metry wysokości) ma przerost wszystkich kości twarzy, szczególniéj zaś szczęki dolnéj.

Zakład anatomiczny na Schillerstrasse wystawiony został w r. 1825. Budynek dość okazały mieści sale wykładowe, prosektoryjum i zbiory anatomii prawidłowéj. Muzeum anatomiczne tutejsze ma podobno należeć do najsławniejszych i najbogatszych w całych Niemczech. Ułożone jest w trzech salach. Najwięcéj zajmującą jest sala pierwsza, mieszcząca w sobie bardzo ładny zbiór czaszek różnych ras ludzkich, czaszek małpich, przecięć mózgów rzadkich gatunków małp (z rzędu *Primates*) i preparata Bischoffa z embryologii. Z drugiéj sali zasługują na wzmiankę preparaty narządu słuchowego w stanie prawidłowym i patologicznym, daléj ładne preparaty korozyjne z zakresu angiologii, wykonane przez prof. Rüdingera. W sali trzeciéj mieszczą się przeważnie preparaty woskowe. Bardzo ładnie wykonane są preparata służące do objaśnienia historyi rozwoju zarodka tak ludzkiego, jak różnych klas zwierząt. Korytarz zdobi mumia egipska i dwie figury gipsowe siłaczy, z których jeden z odpreparowanemi mięśniami. W ogóle zakład cały nie wyrównywa wykwintnością zakładowi krakowskiemu. Również zbiory muzeum krakowskiego, dzięki staraniom prof. Teichmanna, bezwarunkowo przewyższają bogactwem i doborem zbiory monachijskie.

Jednym z najnowszych i najwięcéj zbytkownie urządzonych zakładów, jest instytut higijeniczny tajnego radcy prof. Pettenkofera. Ozdobny ten budynek stoi na samym końcu Fidlingerstrasse, i ma otwarty widok na Theresienwiese. I tutaj pomieszczone są na dole pracownie a na górze sale wykładowe i gabinety. Prócz trzech dużych sal przeznaczonych dla prac chemicznych, z osobnemi gabinetami, w których umieszczone są wagi różnéj konstrukcyi, jest sala przeznaczona do badań fizycznych, dalej sala do prac wymagających doświadczeń ze zwierzętami i w końcu obszerne laboratoryjum do prac higijenicznych. Sala największa przeznaczona jest dla kandydatów, chcących się ubiegać o posady rządowe. Według bowiem tutejszego prawa lekarze chcący otrzymać posadę rządową muszą zdawać osobny egzamin. Jednym z głównych przedmiotów tego egzaminu jest higijena, którą kandydaci muszą zdawać nie tylko teoretycznie ale i praktycznie. Dla tego też głównie w zakładzie higijenicznym pracują lekarze ukończeni, przygotowujący się do tego egzaminu. Sala dla nich przeznaczona ma 16 stolików ze szafeczkami. Przy każdym stoliku mogą dwie osoby pracować. Pracownia ściśle higijeniczna jest bardzo wykwintnie urządzoną. Może tutaj pracować najwyżéj pięć osób. Przeznaczoną ona jest dla zawodowych higijenistów. Miejsca w niéj zawsze są zajęte, i naprzód trzeba się o nie starać. Gabinet w kilku salach pomieszczony dzieli się na fizycznohigijeniczny i higijeniczny. Prócz różnych przyrządów fizycznych i chemicznych znajdują się tutaj oryginalne przyrządy higijeniczne, przeważnie pomysłu Pettenkofera. Na wzmiankę zasługują różne przyrządy respiracyjne, do badań nad działaniem gazów trujących, przyrząd do wykazania przewietrzności murów, dalej przyrządy, wykazujące że powietrze znajduje się także w ziemi i przez jéj warstwy przepływa, przyrząd wykazujący, że woda nie przepuszcza do ziemi powietrza i t. p. W osobnym gabinecie, zupełnie zaciemnionym, pomieszczone są przyrządy do badań polaryzacyjnych, spektralno-analitycznych i innych optycznych. Gabinet ten służy zarazem za pracownię. Na piętrze znajdują się także dwie sale wykładowe, z których jedna amfiteatralnie zbudowana, i mieszkania dla asystentów. W jednéj z sal, przyległych sali wykładowéj, umieszczone są tablice z doświadczeń, od dłuższego czasu robionych, które wykazują wpływ stanu wody zaskórnéj na śmiertelność w Monachijum. Docent higijeny Dr. Renk, który oprowadzał mię po zakładzie, powiadał, że do ostatnich czasów robione spostrzeżenia wykazują niezaprzeczony wpływ stanu wody zaskórnéj na śmiertelność z tyfusu i cholery. Pokazywał mi także ciekawą tablicę, przedstawiającą przebieg ostatniéj epidemii cholery i zachowanie się w tym czasie wody zaskórnéj. Cholera wybuchnęła naprzód w dolnéj części miasta, gdzie stan wody zaskórnéj podówczas był znaczenia niższym niż w części górnéj miasta. Skoro jednak woda z części wyżéj położonych spłynęła do części niżéj położonych, epidemija w dolnéj połowie miasta zupełnie wygasła, za to w górnych bardzo groźnie wystąpiła.

Monachijum, 23 lutego 1881.

Dr. Kopff.

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* Dekretem z d. 18 lutego rb. Prezydent rzeczypospolitéj francuskiéj zakazał na cały obszar państwa wprowadzania mięsiw solonych, pochodzących ze Stanów Zjednoczonych Ameryki północnéj, a to z powodu, że w nich znaleziono trychiny. Równocześnie minister rolnictwa i handlu rozesłał okólnik do wszystkich prefektów, polecając im pouczanie ludności o niebezpieczeństwie i sposobach zapobiegania temuż. (*Progrès méd.*)

Statystyka epidemij. W tygodniu 6 (do 5 lutego) ospa znowu się bardziéj rozszerzyła w Londynie. Leczyło się w szpitalach 654, świeżo zapadło 234, umarło 54. W Wiedniu umarło 30, w Paryżu 35, w Budapeszcie 11, w Pradze i Maladze po 7, w Petersburgu 4, w Nowym Yorku (od 2—6 stycznia) 7, w Filadelfii w tymże samym tygodniu 55. Z duru brzusznego umarło w Paryżu i Petersburgu więcéj, bo 75 i 55. Również w Bazylei częstsze były przypadki śmierci z tyfusu brzusznego, gdzie umarło 7. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 21. Z febry żółtéj umarło od 16—30 listopada w Rio de Janeiro 5 osób. W Krakowie umarło w tygodniu 7 (do 12 lutego): 3 z ospy, 2 z odry, 2 z błonicy, 1 z duru osutkowego, 1 z róży, a doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku ospy, 6 odry, 2 błonicy.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 6 (do 5 lutego) umarło na 1000 mieszkańców i na rok w Krakowie 48,7; we Lwowie 42,5; w Poznaniu 27,9; w Wiedniu 38,5; w Budapeszcie 35,1; w Pradze 39,8; w Tryjeście 48,2; w Berlinie 23,5; w Wrocławiu 29,8; w Gdańsku 29,4; w Monachijum 30,7; w Dreźnie 30,0; w Lipsku 26,8; w Bazylei 41,7; w Brukseli 24,7; w Amsterdamie 31,0; w Hadze 34,4; w Paryżu 32,7; w Londynie 27,1; w Kopenhadze 24,5; w Stokholmie 29,6; w Chrystyjanii 22,6; w Petersburgu 56,4; w Odesie 36,0; w Wenecyi 35,9; w Bukareszcie 27,8; w Madrycie 42,3; w Barcelonie 24,4; w Lisabonie 39,3; w Aleksandryi 36,1; w Nowym Yorku 33,6; w Filadelfii 23,9; w Bombayu 30,9; w Madrasie 40,9.

J. B.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 3 marca. Wspomnieliśmy już, że Ministerstwo spraw wewnętrznych zwróciło uwagę Rady m. we Wiedniu, że lekarze miejscy, przez gminę mianować się mający, powinni wykazać się ze złożonego egzaminu fizykackiego. Ponieważ kwestyja ta ma znaczenie nie tylko miejscowe, ale zasadnicze, podajemy uzasadnienie tego reskryptu. „Ministerstwo spraw wewn. dalekiém jest od uszczuplenia autonomii gminy wiedeńskiéj przy wyborze swych organów sanitarnych, ale oświadcza stanowczo, że lekarze gminni, którzy od władzy gminnéj, mającéj sobie poruczone funkcyje politycznéj władzy powiatowéj, w tym właśnie

zakresie poruczonym otrzymują sprawy do załatwienia, które według §. 8 ustawy sanitarnéj należą do zakresu lekarza powiatowego, winni posiadać także kwalifikacyje, których się domagamy od lekarzy stale ustanowionych w publicznéj służbie zdrowia. Względem zaś tych lekarzy gminnych, którzy po wejściu w życie rozporządzenia z d. 21 marca 1873 otrzymali posadę nie złożywszy egzaminu rządowego, pozostawia się magistratowi do woli, aby albo zawezwał ich do złożenia egzaminu rządowego, albo postarał się u Ministerstwa za pośrednictwem Namiestnictwa o uwolnienie ich od egzaminu." *(W. med. Bl.)*

Z tego reskryptu wynika, że Ministerstwo stósuje przepis z r. 1873 nie tylko do lekarzy miejskich we Wiedniu, ale i wszystkich miast posiadających własny statut, a do tych miast należą oczywiście Lwów i Kraków.

* Zwracamy uwagę czytelników na dzieło Oczki o przymiocie, wychodzące w Warszawie nakładem Tow. lekarskiego. Wielka wartość historyczna dzieła tego, piękne i ozdobne wydanie oraz bardzo przystępna cena powinny być bodźcem i dla lekarzy w Galicyi zamieszkałych do licznego udziału w nabywaniu go, w czém zresztą administracyja nasza chętnie pośredniczyć będzie.

* Ministerstwo oświaty uwolniło Dra Raspa, docenta rządowego weterynaryi w Uniw. Jagiell, od wykładów, a zamianowało docentem weterynaryi Dra A. Barańskiego, obecnie lekarza i weterynarza obwodowego w Bośnii.

* Zwierzchność gminna w Ustroniu (Szląsk austryjacki, 4.500 ludności) ogłasza konkurs na posadę lekarza, któryby przedewszystkiém zajął się podniesieniem Zakładu żętycznego i kąpielowego Roczna płaca 300 złr. Bliższych szczegółów udziela Andrzéj Lipowiczan przełożony gminy.

* Starszy brat prof. Skody, b. referent spraw lekarskich w Czechach, radca dworu Dr. Franciszek Skoda, obchodził w d. 26 lutego 80te swoje urodziny; liczne deputacyje złożyły życzenia swe sędziwemu, a jednak całkiem czerstwemu, jubilatowi, na cześć którego młodszy brat, prof. Skoda, liczący obecnie lat 76, napisał wiersz piękny. Przypomina nam się przy téj sposobności wiersz, który właśnie mieliśmy sposobność czytania, a napisany przez nestora naszego prof. Brodowicza, liczącego obecnie lat 92.

* **Londyn.** Z tegorocznym Zjazdem międzynarodowym połączoną będzie wystawa lekarska w muzeum Towarzystwa geologicznego mieścić się mająca. Wystawa ta obejmuje wszystkie przedmioty rzadkie i nowe, odnoszące się do spraw chorobowych lub następstw wynikłych z urazów, modele, fotografije, odlewy gipsowe, preparaty drobnowidowe itd.; zarazem w pewnych dniach, z góry oznaczyć się mających, przedstawiani będą chorzy z rzadkiemi zboczeniami Przewodniczącym téj wystawy jest Hutchinson. Równocześnie pod przewodnictwem Erichsena w muzeum higijenicznêm Parkesa odbędzie się druga wystawa przedmiotów lekarskich i higijenicznych w 3 działach (lekarskim, higijenicznym i rozmaitości).

* **Nekrologija.** W Edymburgu umarł prof. patologii Wilhelm Rutherford Sanders w 57 roku życia. — W Wiedniu umarł prymaryjusz szpitalu Rudolfa baron Peithner-Lichtenfels w 48 roku życia. — W Gietyndze umarł prof. Himly licząc lat 80. — W Marsylii umarł Dr. Bertulus, profesor patologii ogólnéj tamże.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W Gazecie Lekarskiéj Nr. 9: Matlakowskiego: O zatruciu kwasem karbolowym; Jasińskiego: Spostrzeżenia dotyczące leczenia choroby Potta (c. d.) — W *Medycynie* Nr. 9: Rybickiego: Kazuistyka sądowolekarska. I. śmierć z rozjechania pociągiem drogi żelaznéj.

Redakcyja otrzymała:

FIJAŁKOWSKI: Słuczai papuleznago sifilida konjunktiwy glaznago jabłoka. (Osobne odbicie z Nru 5 Wracza) in 8vo p. 6.

Na rzecz funduszu dla wdów i sierót po lekarzach złożył w Redakcyi: Dr. Pareński 5 złr.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

KONKURS.

W celu obsadzenia posady asystenta przy Zakładzie chem i lekarskiéj rozpisuje się niniejszém konkurs.

Posada ta, z którą połączona jest pensyja w ilości 600 złr., udzieloną będzie na dwa lata.

Panowie kompetenci zechcą podania swe wnieść na ręce podpisanego najdaléj do dnia 15 marca rb.

Kraków d. 24 Lutego 1881. **Dr. Piotrowski** dziekan.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Ulica Podwale Nr. 84.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Boulv. Voltaire 180, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia sp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 12 marca 1881. **№ 11.** Rok XX.

I. Przyczynek doświadczalny do techniki operacyjnéj wycięcia odźwiernika.

Podał Dr. W. Wehr.

Bezwątpienia wycięcie raka żołądka uzyskało już dziś prawo obywatelstwa w chirurgii. Dom Braci Śgo Jana Bożego przy ulicy Oudinot w Paryżu w d. 9 kwietnia 1879 roku był świadkiem pierwszéj przez P é a n a w obec dziesięciu kolegów wykonanéj resekcyi zrakowaciałego odźwiernika. W dniu 16 listopada 1880 roku wykonał Dr. R y d y g i e r w Chełmnie drugą podobną operacyję na 63-letnim mocno wynędzniałym chorym, który to przypadek, również jak i Péana, zakończył się śmiercią.

Z powodu niepomyślnego zejścia tego przypadku, jako też najprzyjaźniejszego zachęcenia przez Dra R y d y g i e r a z drugiéj strony, przedsięwziąłem szereg doświadczeń na zwierzętach, których wyniki, z powodu ważności kwestyi, podaję tymczasowo w skróceniu przed ogłoszeniem całéj pracy *in extenso*.

Przedewszystkiém chodziło mi o rozstrzygnięcie tak po macoszemu przez poprzednich badaczów traktowanego pytania: kiedy i w jakich w ogóle warunkach udaje się ta operacyja? W tym celu postanowiłem poddać każdy akt operacyjny doświadczalnéj kontroli, aby na téj drodze dojść do pewnéj i najracyjonalniejszéj metody operacyjnéj.

Wyniki otrzymane z 13 doświadczeń na zwierzętach, od dnia 8go listopada do dnia 21 grudnia 1880 r. dokonanych, dają się streścić w następujący sposób:

1) Różnica otworów, jaką otrzymujemy po całkowitém wycięciu odźwiernika pomiędzy dwunastnicą a żołądkiem daje się najłatwiéj, najwygodniéj i najpewniéj wyrównać nie przez zwężenie otworu żołądkowego, t. j. nie za pomocą tak zw. *Zwickelbildung* (G u s s e n b a u e r, W i n i w a r t e r, K a i s e r; na kiszce, B a u m), ani za pomocą f a ł d u (B i l l r o t h), ani téż przez wycięcie trójkąta ze ściany żołądka (R y d y g i e r), lecz p r z e z r o z s z e r z e n i e o t w o r u d w u n a s t n i c y. Odpowiednie zaś rozszerzenie otworu dwunastnicy jest możebnem, jeżeli zamiast poprzecznego przecięcia téjże poprowadzimy cięcie s k o ś n e, o w a l n e lub k ą t o w a t e; w ten sposób według zasad geometrycznych możemy dowolnie przedłużyć, niemal dwa razy, obwód otworu dwunastnicowego.

2) K a t g u t okazał się, we wszystkich przypadkach pewnym materyjałem do szycia. Zalety jego w pierwszych dniach gojenia się rany kiszki są te same, co i jedwabiu aseptycznego; nigdy nie dał powodu do ropienia lub utworzenia się wrzodów; ma zaś tę wyższość nad jedwabiem, że po zrośnięciu się brzegów kiszki zostaje wessanym bez śladu i dla tego nie może być przyczyną zejścia śmiertelnego po zabliźnieniu się rany, jak to miało miejsce w 5tém doświadczeniu Gussenbauera (*Gussenbauer und v. Winiwarter: Die partiellen Magenresectionen. Langenbecks Archiv* Bd. XIX). Z tego powodu katgut należy uważać jako jedynie przydatny materyjał do szycia przy wszystkich ranach kiszek.

3) Krwotok podczas operacyi, przedewszystkiém jednak niebezpieczeństwo następowego krwotoku po wycięciu odźwiernika są większemi, aniżeliby się wydawać to mogło z prac poprzednich Gussenbauera i Kaisera. Ci ostatni bowiem czynią zaledwie wzmiankę o nieznacznem krwawieniu podczas operacyi, nie zwracając wcale uwagi na niebezpieczeństwo następowego krwotoku, w skutek którego właśnie większa część naszych doświadczeń udaremnioną została.

4) Elastyczne uciskacze (*compressoria*), których przy wszystkich doświadczeniach używałem w celu zapobieżenia wypływowi treści kiszek podczas zakładania szwów, mają tę wyższość nad palcami, że: 1) zajmują mniéj miejsca w szczupłém już i tak polu operacyjném, po 2) uciskają dobrze i jednostajnie, — po 3) ucisk daje się według potrzeby niemi regulować.

5) Jeżeli krwotok podczas operacyi zostanie według reguł sztuki zatamowanym, jeżeli asepsis się uda przeprowadzić jak i przy innych laparotomijach i jeżeli podczas całego przebiegu operacyi zostaną szczelnie zamknięte (uci-

śnięte) otwory przeciętych kiszek, wtenczas prognoza operacyi zależy głównie od założenia szwów.

Dalsze szczegółowe sprawozdanie ogłoszę wkrótce po ukończeniu podjętych doświadczeń w *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie.*

II. Sprawozdanie z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego z lat czterech (tj. od roku szkolnego 1874/5 do roku szkolnego 1878/9).

V.

Choroby narządu ruchowego.

Przez Dra H. Schramma.

(Dokończenie. Patrz Nr. 8).

Zapalenie stawów tryprowe (7 przyp.) odznaczało się mniejszém nasileniem przypadów, powolnością przebiegu, skłonnością do przechodzenia w formy przewlekłe i upodobaniem do zajmowania stawów odnóg dolnych. Zapalenia osierdzia lub wsierdzia, jakie w rzadkich przypadkach (Marty, Voelker, Besnier) pojawiać się ma w przebiegu zapalenia stawów tryprowego, nigdy nie spostrzegano, natomiast prawie zawsze znachodzono bóle mięśniowe, w 2 przyp. nerwoból kulszowy, a w jednym przyp. zapalenie tęczówki jako objawy towarzyszące chorobie główněj. Najlepsze skutki lecznicze widziano z kąpieli siarczanych, dobrego żywienia i środków wzmacniających, obok odpowiedniego leczenia miejscowego trypra, podczas gdy kwas salicylowy wcale nie zmniejszał nasilenia choroby i nie skracał przebiegu téjże.

Dny (*arthritis urica*), która u nas w ogóle rzadko się pojawia, leczono tylko jeden przypadek.

Chory lat 54 liczący, do niedawna żyjący w dostatkach i nadużywający tak jadła i napojów, jak i popędu płciowego, którego matka miała także chorować na dnę, doznał pierwszy raz przed 11 laty nagłych bólów w stawie kolanowym prawym, a bólowi temu towarzyszyła gorączka i wybitne przypady żołądkowe. Od tego czasu co rok powtarzały się bóle bądź w stawie kolanowym prawym, bądź też skokowym prawym lub śródstopowo-palcowym pierwszym lewym. W ostatnich latach dołączyło się bicie serca. Chory przybył do kliniki po raz pierwszy 28/2 1875 r. Badanie wykazywało tuszę nadmiarową, twarz rumianą z rozszerzonemi naczyniami włosowatemi, język mocno obłożony, stan podgorączkowy, mierny przerost lewéj komórki serca, szmer skurczowy nad aortą, tętno twarde i pełne, mocz skąpy, wysycony, który zawierał w sobie znaczną ilość wolnego kwasu moczowego i szczawianu wapniowego; rzepka kolana prawego była zgrubiała, przy ruchach w stawie kolanowym prawym czuć i słyszeć było można wyraźne chrupotanie, po nad kostką zewnętrzną prawą znajdował się podłużny obrzęk twardosprężysty, przy ucisku bardzo bolesny, okolica stawu śródstopowopalcowego pierwszego lewego była zaczerwieniona i obrzmiała, a najmniejszy ruch bierny w tym stawie sprawiał choremu nieznośne bóle. Chory był bardzo drażliwy, niespokojny i skarżył się na bezsenność, brak łaknienia, nudności i zaparcie stolca. Pobyt w klinice wynosił 3 miesiące. Propylamin, jaboranda i wino ziemowitowe (*vinum colchici*) były zupełnie bezskuteczne; polepszenie zaczęło się pojawiać dopiero po zastósowaniu dyjety mleczno-owocowéj, kąpieli ciepłych i podawaniu węglanu sodowego naprzemian z wodą litową. Przy dalszém używaniu kąpieli i jodku sodowego mocz wrócił do stanu prawidłowego, a obrzęk na kości łydkowéj i obrzmienie stawu śródstopowo-palcowego znikły zupełnie. — Chory zmuszony okolicznościami do prowadzenia skromniejszego życia przez następne trzy lata wolny był od powrotów choroby. Do kliniki zgłosił się ponownie w marcu 1878 r. z powodu bólu w okolicy kostki wewnętrznéj lewéj, który powstał nagle wśród stanu gorączkowego po kilkudniowych przypadach żołądkowych. Na kostce wewnętrznéj lewéj znaleziono obrzęk twardy bardzo bolesny wielkości grosza, po nad którym skóra była zaczerwieniona; zresztą oprócz zgrubienia rzepki prawéj i chrupotania w obudwu stawach kolanowych nie stwierdzono żadnych innych zboczeń w stawach. Mocz w ilości 900 cm. zawierał zwiększoną ilość barwików i fosforanów potasowców a w osadzie kryształy kwasu moczowego i szczawianu wapniowego. Szmer skurczowy nad aortą był wyraźniejszy, a chory doznawał od czasu do czasu napadów dusznicy (*angina pectoris*), wśród któréj tętno stawało się nieregularne. Kwas salicylowy i salicylan sodowy były zupełnie bez skutku, kąpiele zaś ciepłe i woda litowa polepszyły o tyle stan chorego, że z końcem kwietnia 1878 opuścił klinikę z obrzękiem na kostce nieco mniejszym i mniéj bolesnym.

2) Choroby mięśni i powięzi dostarczyły 213 przyp. w klinice ruchoméj. Z wyjątkiem 5 przyp. zapalenia mięśnia lędźwiowego (*psoitis*), wszystkie inne odnosiły się do bólów mięśniowych czyli tak zwanego gośćca mięśniowego. Najczęstszą siedzibą bólu były mięśnie lędźwiowe, daléj mięśnie międzyżebrowe i odnóg górnych, znacznie rzadziéj mięśnie odnóg dolnych i grzbietu. Przeważna część tych chorych znajdowała się między 30—50 r. życia. W każdym miesiącu częstość przypadków była prawie równa, tylko w czerwcu większa, aniżeli w innych miesiącach. Zazwyczaj stósowano prąd indukcyjny i środki odwodzące, między któremi dosyć dobre skutki widziano z plastra tapsyjowego (*tapsia*), który prawdopodobnie sporządzają z *Silphium cyrenaicum*.

3) Choroby kości. Z pośrod 58 przyp. (pomijając skrzywienia kręgosłupa, krzywicę i zapalenia okostnéj) zasługują na uwagę zapalenia kręgów i rozmiękczenie kości. Zapalenie kręgów rozpoznano u 17 chorych, a mianowicie raz skutkiem urazu, 15 razy na tle zołzowém lub gruźliczém, a raz najprawdopodobniéj w następstwie mnogiego zapalenia idyjopatycznego stawów u chorego z usposobieniem zołzowém. U dwóch chorych znaleziono następowe ropnie opadowe, a u 6ciu chorych objawy ucisku na rdzeń pacierzowy lub zapalenia uciskowego rdzenia (*Compressionsmyelitis*). Jeden przyp. ciekawszy co do przyczyny choroby i ze względu na korzystny przebieg zapalenia rdzenia pacierzowego opiszemy w streszczeniu:

M. F. czeladnik szewski, l. 23 liczący, pochodzący z rodziców zdrowych, z wyjątkiem zimnicy nie przebywał żadnych chorób. W jesieni 1875 obrzmiały mu, bez znanéj przyczyny, gruczoły karkowe, z których kilka po obydwu stronach przeszło w ropienie, pozostawiając po sobie widoczne blizny. W zimie 1876, również bez wiadoméj przyczyny, nabawił się zapalenia stawów: kolejno obrzmiały i stały się bolesne stawy łokciowe, nadgarstkowe, następnie obydwa stawy kolanowe, przy czém stos pacierzowy był bardzo bolesny, a chory doznawał częstego kołatania serca. Bóle w stawach utrzymywały się przez kilka miesięcy, zmieniając często swą siedzibę, tylko ból wzdłuż stosu pacierzowego był stałym, i powiększał się przy chodzeniu. W styczniu 1877 roku chory potknąwszy się upadł na pośladki, poczém jednak nie spostrzegł, aby bóle w stosie pacierzowym się powiększyły. W marcu 1877 spostrzegł po raz pierwszy skrzywienie stosu pacierzowego, które starał się wyrównać leżąc na twardo wysłaném łóżku; w sierpniu 1877 począł doznawać mrowienia, uczucia stężenia i chwilowo pojawiających się podrywań w odnogach dolnych, obok uczucia ciężkości i łatwego męczenia się. Niedowład ten zwiększał się stopniowo i to zmusiło chorego do udania się do kliniki, gdzie w dniu 16 listopada 1877 przyjęty został. Badanie organów wewnętrznych nie wykazało żadnych zboczeń. Chory nie gorączkował. Stos pacierzowy w dolnéj części okazywał skrzywienie kąto-

wate, którego wierzchołek stanowił wyrostek kolczysty ostatniego kręgu piersiowego. Kąt skrzywienia wynosił około 60°. Wyrostki kolczyste ostatnich dwóch kręgów piersiowych i dwóch pierwszych lędźwiowych były przy ucisku bolesne i lekko obrzmiałe. Również bolesne i obrzmiałe były wyrostki kolczyste 2—5 kręgu piersiowego. Chory żalił się na ból w pasie (*Gürtelschmerz*) w wysokości 10 i 11 żebra, trętwienie w odnogach dolnych, a badanie przedmiotowe wykazywało nieznaczne upośledzenie czucia i mierny niedowład nóg tego stopnia, że chory mógł się jeszcze przechadzać o własnych siłach. W 10 dni późniéj chory mógł chodzić już tylko z bardzo znaczném wysileniem, a od dnia 4 grudnia nie mógł już ruszyć się z łóżka, gdyż odnogami dolnemi zdołał wykonywać zaledwie nieznaczne ruchy; przy tém ból w pasie się wzmógł, czucie na odnogach dolnych było znaczniéj upośledzone, a nadto pojawił się niedowład pęcherza moczowego. W dniu 7 grudnia porażenie odnogi dolnéj prawéj było już zupełne, lewą zdołał jeszcze chory podnieść na 10 cm. od pościeli, jednakże z wielkiém wysileniem i na czas bardzo krótki; odruchy ścięgniste były bardzo wygórowane, a w nocy miały choremu mimowolnie często podskakiwać nogi. W dniu 17 grudnia już i odnoga lewa była zupełnie porażona, a obiedwie były we wszystkich stawach stężone. W moczu pojawiła się dosyć znaczna ilość fosforanu wapniowego zasadowego, mocz odchodził z wielką trudnością, a pęcherz moczowy nie wypróżniał się należycie. Stolca chory powstrzymać nie mógł i oddawał takowy niekiedy do łóżka, gdy nie nadążono na czas podstawić mu naczynie. Cały stos pacierzowy, osobliwie jednak kręgi lędźwiowe były przy ucisku bardzo bolesne. W pierwszych dniach stycznia 1878 stężenie odnóg dolnych poczęło się zmniejszać, odruchy jednak ścięgniste były jeszcze w tym samym stopniu jak poprzednio wzmożone.

W połowie stycznia przedstawiał chory następujący obraz chorobowy: Stos pacierzowy w równéj mierze jak poprzednio skrzywiony, część lędźwiowa nieco mniéj bolesna. Bolesne uczucie w pasie nieco mniejsze i wybitniejsze po stronie lewéj, w 10 i 11 przestworze międzyżebrowym, aniżeli po prawéj. W okolicy nadpępkowéj mierna przeczulica skórna. Czucie skórne na odnogach dolnych bardzo upośledzone: chory nie odróżnia ciała tępego od ostrego, rozpoznaje różnicę w ucisku na podudziu prawém dopiero przy 350 gm., na lewém przy 250 gm., na udach przy 200 gm., nie odróżnia wcale ciała zimnego od mocno ciepłego, dwa wrażenia poznaje jako wrażenia odrębne na podudziach dopiero w odległości 10, a na udach w odległości 8 cm., a co najważniejsza czucie bólu na podudziach jest zupełnie zniesione, a na udach bardzo upośledzone. Obydwie odnogi dolne zupełnie porażone, mimo to odruchy skórne tak wzmożone, że łechtanie podeszwy wywoływa silne podrzucanie nogą i zginanie takowéj w stawie kolanowym; również wygórowane są odruchy mięśniowe i ścięgniste, a objaw stopowy Westphala występuje bardzo wybitnie. Stężenie odnóg dolnych ustąpiło miejsca zwiotczeniu, a nawet rozpoznać można wychudnienie miernego stopnia. Kurczliwość elektryczna utrzymana. Niedowład pęcherza moczowego i kiszki odchodowéj pozostaje w równéj mierze. Wartość dynamometryczna ręki prawéj 30, lewéj 25 kgm.

Z końcem stycznia pojawiły się nowe objawy w postaci zboczenia języka na stronę lewą, mrowienia w lewéj połowie języka i małéj odleżyny na wyrostku kolczystym drugiego kręgu lędźwiowego. Natomiast obrzmienie i bolesność kręgów znikły zupełnie, bolesność w przestworach międzyżebrowych znacznie zmalała, bezczułość bólu na odnogach dolnych była mniejsza, a czucie ucisku poprawiło się do możności rozróżnienia 150 grm.

Z końcem lutego chory potrafił dowolnie poruszać palcami nogi lewéj i palcem małym nogi prawéj. Wartość dynamometryczna ręki prawéj 35, ręki lewéj 32 kilogrm. (ręka lewa była więc poprzednio niedowładna). — W połowie marca zanotowano stan następujący: Chory porusza wszystkiemi palcami nogi lewéj, zgina i wyprostowuje stopę w stanie skokowym, i potrafi w tymże wykonywać ruchy boczne, w nodze prawéj porusza tylko palcem wielkim. Czucie na stopie lewéj zupełnie dokładne, zresztą na odnogach dolnych tak lokalizacyja czucia, jakoteż czucie ciepłoty i czucie ucisku jeszcze upośledzone lubo w mniejszym stopniu, a czucie bólu wszędzie wróciło. Odruchowość mniejsza niż poprzednio. Mocz odchodzi łatwiéj, oddawanie stolca prawidłowe. Chory leżąc w łóżku jest w stanie przewrócić się z boku na bok, bez obcéj pomocy, czego poprzednio sam uskutecznić nie potrafił.

Z końcem kwietnia chory, lubo z trudnością, podnosi obiedwie odnogi i zgina takowe w stawach kolanowych i biodrowych, mocz oddaje łatwo i nie żali się wcale na bóle w krzyżach i w pasie, czucie jest lepsze, odruchowość mniejsza, język nie zbacza, a odżywienie odnóg poprawiło się. W połowie maja chory, lubo z trudnością, przechadza się znów o własnych siłach i w tym stanie opuszcza zakład.

Nie ulega wątpliwości, że w przypadku tym rozpoznanie zapalenia kręgów z następowém zapaleniem mlecza pacierzowego (*spondylitis destructiva subs. myelitidc*) było słuszne. Przyczyną pierwotną choroby było prawdopodobnie zapalenie stawów kręgowych w przebiegu zapalenia reumatycznego stawów, jako przyczynę zaś usposabiającą, a względnie wpływającą na przeniesienie się zapalenia ze stawów kręgowych na ciała kręgów, przypuścić trzeba usposobienie zołzowe i upadnięcie w czasie gdy jeszcze nie było skrzywienia stosu pacierzowego. Przebieg choroby zdaje nam się, że jest zajmujący, tak z powodu znakomitéj poprawy w zakresie zboczeń zależnych od zapalenia mlecza pacierzowego, jakoteż z powodu objawów wstępującego zwyrodnienia w rdzeniu pacierzowym (porażenia języka i niedowładu ręki lewéj), które w dalszym przebiegu choroby zupełnie ustąpiły. Leczenie przez cały ten czas polegało na podawaniu tranu na przemian z jodkiem potasu i na używaniu kąpieli letnich.

Przypadek rozmiękczenia kości (*osteomalacia*) jako mniéj budzący zajęcia opiszemy krócéj: Była to chora lat 37 licząca, wieśniaczka z okolic Łańcuta, pochodząca z rodziców zdrowych, która nigdy ważniejszych chorób nie przebywała. Choroba obecna poczęła się przed 5 laty, po 3cim porodzie, od bólów w odnogach dolnych (więcéj wzdłuż kości aniżeli w stawach) i w stosie pacierzowym, któreto przypady podczas czwartéj ciąży się wzmogły. Poród czwarty odbył się o wiele trudniéj aniżeli poprzednie, a po porodzie tym wystąpiła już trudność w chodzeniu. Podczas piątéj ciąży dolegały choréj mocno bóle w miednicy i w krzyżach, a po porodzie, który odbył się przed rokiem i miał być bardzo trudny, spostrzegła skrzywienie stosu pacierzowego i mostka i wytworzenie się ropnia w okolicy nadgarstka lewego. Od 7 miesięcy chora nie opuszcza łóżka. Przybyła do kliniki 18 czerwca a wyszła 9 lipca 1878 r. Długość ciała 132 cm. odnogi z powodu znacznego skrzywienia kręgosłupa zanadto długie (górne 67, dolne 84 cm.) Głowa długa i wąska, czoło

wypukłe. Zęby po największéj części spruchniałe. Szyja długa. Stos pacierzowy przedstawia dwa garby, z których pierwszy zajmuje całą część piersiową stosu pacierzowego, jest łukowaty i ma wierzchołek na 5 kręgu piersiowym, drugi mniejszy, kątowaty, znajduje się między 3 a 4 kręgiem krzyżowym. Nadto okazuje stos pacierzowy trzy skrzywienia boczne, pierwsze w górnéj części piersiowéj wypukłością na stronę prawą, drugie w dolnéj części piersiowéj na stronę lewą, a trzecie w części lędźwiowéj znów na stronę prawą zwrócone. Klatka piersiowa w wysokim stopniu zniekształcona, żebra lewe od tyłu mocno wygięte, prawe spłaszczone, w bocznych częściach żebra prawe prawie kątowato przegięte, żebra lewe falisto powyginane, mostek dolną częścią ku stronie lewéj zwrócony, a w miejscu połączenia rękojeści z trzonem oraz z chrząstkami 3 i 4 żebra mocno ku przodowi wzniesiony, a łuki żebrowe mocno na wewnątrz wciągnięte. Na odnogach górnych ostatnie falangi stożkowate i ku stronie łokciowéj przegięte, osobliwie na ręce prawéj, paznokcie pazurowato skrzywione, przysadki kości sprychowéj i łokciowéj prawéj zgrubiałe, staw nadgarstkowy lewy obrzmiały i bolesny a na nim kilka otworów, któremi wydobywa się ropa. Odnogi dolne sine i chłodne, łydka prawa grubsza od lewéj, kość łydkowa prawa w całéj długości bolesna, tylne powierzchnie ud wzdłuż przebiegu nerwu kulszowego bolesne. Ruchy bierne możebne, tylko w stawie kolanowym lewym uderza mierna sztywność; ruchy czynne tak upośledzone, że chora jest w stanie zgiąć odnogi w stawie kolanowym tylko przy bardzo znacznêm nasilaniu się, a odnogi wyprostowane podnosi zaledwie o kilka cali, przy czêm występuje wyraźne drzenie odnogi i drzenie włókienkowe w mięśniach. Czucie i kurczliwość elektryczna prawidłowe, oddawanie moczu i stolca należyte.

Miednica przedstawiała według badania Dra Bylickiego, ówczesnego asystenta kliniki położniczéj, następujące zboczenia: Spojenie łonowe sterczy w postaci dzióba, po za którêm gałęzie poziome kości łonowych wgięte są kątowato ku wchodowi miednicy. Kolce górne przednie kości biodrowéj wgięte ku wewnątrz pod prostym kątem od grzebienia kości biodrowych, a od kąta tego kości biodrowe przebiegają prawie wyprostowane ku kości krzyżowéj. Kość krzyżowa w górnéj swéj części znacznie ku tyłowi wygięta, przez co wyrostki kolczyste trzech górnych kręgów krzyżowych tworzą wygięcie łukowate. Krętarze kości udowych nieco ku przodowi zwrócone. Wymiary zewnętrzne: Szerokość sterczącego spojenia 5 cm., *diameter spinalis* na wewnątrz kości 19 cm. na zewnątrz $21\frac{1}{2}$ cm., *diameter cristalis* na wewnątrz kości 24, na zewnątrz 27 cm., oddalenie kolców przodkowych od kątów zagięcia 6 cm., oddalenie od siebie kolców tylnych górnych 8 cm., wyrostek kolczysty ostatniego kręgu lędźwiowego stoi na $2\frac{1}{2}$ cm. nad liniją łączącą oba kolce górne tylne kości biodrowych, konjugata zewnętrzna 17 cm. Badanie wewnętrzne: Łuk ścieśniony utworzony przez przybliżenie wzajemne guzów siedzeniowych i gałęzi prostopadłych kk. łonowych ma kształt dziubowaty i zdoła pomieścić w sobie zaledwie jeden palec; po za nim czuć sterczące ku próżni miednicy dna panewek. Do lini bezimiennéj palec dostać się nie może. Kość krzyżowa okazuje największe wygięcie ku tyłowi na połączeniu 3go z 4tym kręgiem krzyżowym. Wzgórek krzyżowy sterczy ku wchodowi jako szeroko wystający pagórek z głębokiemi zatokami krzyżowo-biodrowemi. Nad nim da się wybadać ostatni kręg lędźwiowy. *Conjugata diagonalis* 10 cm., *conjugata vera* ściśle oznaczyć się nie da.

Łaknienie bardzo upośledzone. Odżywienie bardzo liche. Stan bezgorączkowy. Chora żali się przeważnie na bóle w stosie pacierzowym i w odnogach dolnych. Mocz w ilości 900—1000 grm. na dobę jest barwy sino-żółtéj, oddziaływa kwaśno, c. g. 1028, zawiera według rozbioru prof. Dra Stopczańskiego urochrom w ilości zmniejszonéj, uroksantyn zwiększonéj, mocznik, chlorki i kwas moczowy w ilości prawidłowéj, fosforany ziemne zaledwie prawidłowéj, fosforany potasowców i siarkany w ilości zwiększonéj, nadto zawiera mały ślad białka, a osad składa się z fosforanu wapniowego zasadowego w znacznéj ilości, fosforanu magnowo-amonowego w mniejszéj ilości, i ze zwiększonéj ilości śluzu. Poszukiwanie kwasu mlekowego dało wynik ujemny. Zachowanie się ilościowe wapna i magnezyi w tym przypadku ogłosi prof. Dr. Stopczański przy innéj sposobności.

III. Uwagi z powodu szerzenia się chorób połogowych pomiędzy ludnością żydowską w Krakowie.

Napisał Dr. H. Jordan..

(Dokończenie. Patrz Nr. 10).

Wynika jeszcze inna niekorzyść z takiego postępowania. Akuszerka odchodząc po skończonym porodzie pozostawia swoją pacyjentkę: w domu majętniejszym, na opiece posługaczki, a w domach uboższych, rodziny, a więc na opiece osób, od których wymagać przecież nie można, aby zawsze z położnicą stosownie obchodzić się umiały, a które, jak wiemy, zamiłowaniem czystości i porządku pochwalić się nie bardzo mogą. Jeżeli pod tym względem błądzą często uczone i egzaminowane akuszerki, czyż można się dziwić takiéj posługaczce, iż ta np. chwyta pierwszą lepszą brudną szmatkę i ociera nią srom położnicy, aby lekarzowi spływające odchody pokazać? Dość często téż przydarza się, iż akuszerka zajęta porodem w jednym domu nie może odwiedzić położnic swoich o oznaczonéj godzinie, i pozostawia je czas dłuższy bez opieki i posługi, ze szkodą ich zdrowia. Sam nieraz widziałem pogorszenia choroby, ponieważ z powodu zajęcia gdzieindziéj położnéj mocz przez kilkanaście godzin nie był odprowadzony, albo wstrzykiwania zalecone nie były robione itp., lub je robiła jakaś osoba z rodziny źle, bo po raz pierwszy w swém życiu.

Podobny zwyczaj opuszczania kobiety po porodzie i przechodzenia od jednéj położnicy do drugiéj zauważa się w praktyce chrześcijańskiéj pomiędzy ludnością ubogą, to téż każdy położnik przyzna, iż kobiety ubogie częściéj w połogu chorują niż majętniejsze. Większéj epidemii trudno tu jednak stwierdzić, bo praktyka jest rozdzielona pomiędzy wielu lekarzy i pomiędzy o wiele większą ilość akuszerek, z których każda mniéj zajęta niż nieliczne akuszerki żydowskie mniéj ma sposobności do szerzenia gorączki połogowéj; ale że się epidemije i tutaj przydarzają, mogłem po kilkakroć stwierdzić.

Nasuwa się teraz jeszcze pytanie, dla czego o epidemijach połogowych w prywatnych domach w ogóle rzadko tylko słyszeć można, skoro wyżéj opisane szkodliwe czynniki ciągle działają? Lekarzowi pojedyńczemu trudno jednak jest stwierdzić, czy epidemije takie rzeczywiście rzadko kiedy się przydarzają albo tylko wyjątkowo do wiadomości jego dochodzą; to ostatnie zdaje się być prawdopodobniejsze w obec rozdzielonéj między lekarzami praktyki, szczególnie

o ile dotyczy mniejszych epidemij do kilka przypadków ograniczonych. W każdym razie większy szereg chorych przydarza się wyjątkowo, a przyczyny szukać trzeba w większém zaniedbaniu ostrożności z powodu nawału zajęcia w czasie, gdy liczne odbywają się porody i gdy dłuższy czas przedtém połogi prawidłowo przebiegały. Jeżeli nadto natenczas przypadkowo wypadnie większa ilość porodów ciężkich, długotrwałych, porodów pierwiastek, w których zmiażdżenia i zranienia części rodnych są rozleglejsze, skutkiem czego infekcyja łatwiéj powstaje, snadnie szerzy się zaraza tak długo, aż skrupulatna dezinfekcyja i czystość tamy jéj nie położą. Być może, że i w pewnym czasie położnice stają się skłonniejsze do chorób, w czém jednak ta zwiększona skłonność polegałaby, trudno na teraz wyjaśnić. W zakładach położniczych panują gorączki połogowe najczęściéj w zimie, co łatwo wytłumaczyć większą ilością porodów, większą frekwencyją uczniów i zwiększoną ich pilnością, skutkiem czego więcéj jest sposobności, by rodzącym częściéj badanym jad chorobotwórczy z kliniki chirurgicznéj, z pracowni anatomicznéj lub wreszcie od choréj położnicy zaszczepiony został. Temu tłumaczeniu przyczyny epidemij w zakładach zdaje mi się odpowiadać najlepiéj powyżéj podane tłumaczenie przyczyny pojawiania się epidemij w domach prywatnych.

W powyższym wywodzie usilując wykazać przyczynę szerzenia się epidemij połogowych pomiędzy żydówkami, dotknąć musiałem rozmaitych okoliczności, poczém każdy łatwo zrozumie, dla czego i w sporadycznych przypadkach po największéj części winę akuszerkom przypisuję. Pod tym względem zarzuciłbym im jeszcze nieusprawiedliwioną niechęć wzywania lekarzy, których też najczęściéj wolają dopiero w ostatniéj konieczności, a że niekiedy chora na tém cierpi, o tém wiedzą dobrze położnicy.

Niech mi teraz wolno będzie podać kilka rad, których przyjęcie i zastosowanie mogłoby, zdaniem mojém, skutecznie zapobiedz szerzeniu się gorączki połogowéj i wpłynąć wiele na rzadsze pojawianie się sporadycznych przypadków. W tym celu radzę:

1) wpłynąć na rodziny żydowskie, aby zamawiając akuszerkę do porodu, wymagały od niéj niewydalenia się z mieszkania położnicy dopóty, dopóki ta jéj pomocy potrzebuje. Wprowadzenie tego zwyczaju nie powinno natrafiać na wiele trudności; żydzi są bowiem bardzo dbali o zdrowie swoje i bardzo praktyczni. Skoro ich się raz uda przekonać, iż w ten sposób zabezpieczyć mogą znacznie swoje żony od ciężkiéj choroby, chętnie poniosą większy wydatek dla położnéj, boć przecież na leki, lekarza, kąpiele itp. w razie choroby więcéj wydaćby musieli.

2) wpływać należy na akuszerki, aby więcéj niż dotychczas dbały o czystość i dezinfekcyję swych rąk, sukien, i narzędzi; pod tym względem konieczne jest współdziałanie wszystkich kolegów, z których każdy wszelkie wykroczenie skarcić powinien; inaczéj unikać będą akuszerki lekarzy surowszych ze szkodą dla pacyjentek;

3) pouczać należy rodzinę rodzącéj, z jakiéj przyczyny najczęściéj gorączka połogowa powstaje; polecić jéj trzeba, aby roztwór kwasu karbolowego był w domu w zapasie i aby rodzina sama zważała na pilne używanie go przez położną do mycia rąk, narzędzi i gąbki (która właściwie powinna być zupełnie z użycia wyrugowaną);

4) położna powinna być pod rygorem kary obowiązana donieść władzy sanitarnéj o każdéj położnicy, która na chorobę gorączkową zapadła; równocześnie powinna wezwać lekarza, który dla kontroli położnéj podobne doniesienie ma uczynić. W doniesieniu jego należałoby umieścić: dzień i przebieg porodu, ilość przebytych ciąży, stan noworodka, dzień początku choroby i jéj formę, wreszcie nazwisko położnéj;

5) wreszcie pożądaném jest odpowiednie rozporządzenie władzy administracyjnéj, aby akuszerka, w któréj zakresie praktyki jedna położnica na gorączkę połogową umarła, lub dwie w krótkim odstępie czasu zapadły, dobrowolnie stawiła się w biurze urzędnika sanitarnego celem wykonania przymusowéj dezinfekcyi rąk i narzędzi. W razie pojawienia się ponownych przypadków choroby w jéj praktyce powinno wykonywanie téjże być jéj wzbronione na pewien przeciąg czasu, np. na dwa tygodnie, jak to już dziś w wielu państwach niemieckich jest zaprowadzone. Względem położnych wykraczających przeciw powyższym przepisom, jakoteż względem tych, które nie donoszą wcale lub donoszą późno o chorobie swoich położnic, powinny być w drodze administracyjnéj kary pieniężne zastosowane.

IV. Oceny i sprawozdania.

O szczelinach, rozpadlinach i wrzodach rzyci. Wykład Prof. Richeta.

Częste przydarzanie się w praktyce prywatnéj takich przypadków chorobowych skłania mię do streszczenia tego wykładu. Richet rozróżnia cztery główne odmiany szczeliny lub co lepiéj wrzodu w rzyci.

Jako pierwszą uważa szczelinę prawdziwą (*vraie fissure)* z powodu, że pozostaje zawsze w stanie pojedyńczéj szpary, ukrytéj między dwiema fałdami promienistemi rzyci i że nie ma skłonności do rozszerzania się i przyjmowania postaci rozpostartego wrzodu. Nie powstaje ona skutkiem zakażenia (*diathèse*), skutkiem już istniejącéj zmiany w stanie ogólnym; jest wynikiem tego, że błona śluzowa rzyci, straciwszy swą giętkość i kurczliwość, ulega rozdarciu w chwili przesuwania się brył kału stwardniałego, rozciągających ją ponad możność rozszerzenia się.

Dalszą odmianą jest szczelina krwawnicowa (*fissure hémorrhoidaire*). Najczęściéj nie jestto szczelina lecz wrzód. Jeżeli ma postać szczeliny, co nie tak często się zdarza, usadawia się, jak poprzednia, w głębi fałdów promienistych, zazwyczaj jednak przydarza się jako owrzodzenie, mniéj lub więcéj rozległe, na wysterczających krwawnicach.

Trzecią odmianą jest szczelina nazwana kiłową, znana pod nazwą *rhagada ani*. Ona także, i to osobliwie w początku, występuje jako szczelina lub rozpadlina prawdziwa, lecz szybko wyradza się we wrzód i ulega przemianom *in situ*, do jakich dochodzą często wrzody kiłowe.

Czwartą wreszcie odmianą jest szczelina lub raczéj wrzód gruźliczy.

Objawy towarzyszące tym odmianom są często bardzo rozmaite, a opisy ich w różnych dziełach prawie wyłącznie odnoszą się do szczeliny prawdziwéj.

Osoby dotknięte nią nadzwyczaj lękają się chwili oddawania stolca; wprowadzenie palca do rzyci zmusza je do wydawania jęków, a czasem po badaniu koniecznem jest wstrzyknięcie podskórne morfinu. U osób takich nietylko chwilowy ból jest bardzo gwałtowny, lecz zwiększa on się jeszcze przez piętnaście do dwudziestu pięciu minut, a nie-

kiedy nawet przez kilka godzin, po rozszerzeniu rzyci, potém zmniejsza się chwilowo, aby po kilku dopiero godzinach zupełnie ustać. Niektórzy chorzy cierpią ten ból przez dwadzieścia cztery godzin, a nawet i dłużéj. Porównywają go do bólu powstałego po użyciu środka zżerającego, któryby wywołał albo przerywane albo stałe ściągnięcie się zwieracza nader bolesne.

W szczelinie krwawnicowéj właściwéj bóle również się wydarzają, podczas gdy ich nie ma przy wrzodzie krwawnicowym lub też są bardzo niewyraźne. Wtedy chorzy w chwili przesuwania się kału doznają nieprzyjemnego palenia, trwającego przez kilka minut i ustającego powoli.

Przy szczelinach kiłowych lub gruźliczych są boleści tylko w chwili przesuwania się kału, a do usunięcia ich wystarczy utrzymanie czyste: obmywanie wodą zimną lub wstrzykiwania wody lodowéj.

Pod względem siły bólu zachodzą stopnie i tak szczelina albo wrzód kiłowy nie wywołuje prawie żadnego bólu; znaczniejszym jest on przy szczelinie krwawnicowéj; nie do wytrzymania, gwałtowny w prawdziwych szczelinach mimo, że one jako zranienia i jako powikłania wydają się najlżejsze. Co do tych ostatnich zachodzi podobieństwo ze szczelinami brodawki sutkowéj: szczeliny pojedyncze wywołują podczas karmienia bóle jak najgwałtowniejsze, owrzodzenia brodawki z ropniami następowemi sprawiają tylko nieznaczne bóle.

Bardzo ważną okolicznością jest ta, że szczeliny rzytne nader prędko wikłają się z innym objawem, który następnie staje się dominującym: jest to ściągnięcie się (*contraction*) początkowo, późniéj kontraktura zwieracza rzyci.

Ściągnięcie się zwieracza powstaje prawie równocześnie z bólem, czyli ze szczeliną, w szczelinie prawdziwéj. Z początku nie jest trwałe, tak jak podczas zachciewania się na stolec i jest podobne do parcia po czerwonce lub po nadto silném przeczyszczeniu. Wkrótce jednak staje się ono kurczowém i nie do przezwyciężenia; z chwilowego zmienia się na stałe, a wtedy nastaje skurczenie się (*contractura*). To skurczenie się jest z początku fizyjologiczném, t. j. bez zmiany w utkaniu włókien mięsnych, późniéj przy dłuższém trwaniu nastają zboczenia w utkaniu mięśni takie, jakie się spostrzega w mięśniach przy kontrakturach członków. Mięsień twardnieje, traci zdolność rozciągania się, limfa plastyczna wysącza się między włókna pierwotne a one zanikają i przeobrażają się. Skoro takie skurczenie się powstanie, szczelina może zniknąć; skurczenie się (*contractura*) czyli właściwie trudność i bolesność przy oddawaniu kału trwa daléj a wtedy rozpoczyna się nowy okres choroby, któryby można nazwać *fissura sine fissura*.

Otóż taka przemiana w chorobie zdarza się wyłącznie tylko przy szczelinie prawdziwéj.

Ból przy szczelinie prawdziwéj rozpromienia się po wszystkich gałązkach *plexus hypogastrici*: ku przodowi ze strony pęcherza wywołuje częste parcie do oddania moczu; u kobiet wywołuje bolesne kurcze w częściach rodnych; dochodzi aż do okolicy lędźwiowéj i pojawia się jako *lumbago*; rozszerza się na *plexus solaris* i wznieca wymioty i inne zboczenia nerwowe współczulne.

Szczelina prawdziwa może się wytworzyć na każdym punkcie w obwodzie rzyci. Jednakże na cztery razy powstaje trzy razy w tylnéj jéj części i tam należy jéj najpierw szukać. Wygląda jak rozpadlina w głębi fałdu rzytnego bez brzegów twardych, jeżeli jest swieża, o brzegach twardych, jeżeli jest dawna. Dno jest czerwone, drobno ziarniste, niekrwawiące, chyba jeżeli się mocno rzyć rozciągnie. Wytwarza się w miejscu połączenia się skóry z błoną śluzową i niekiedy dochodzi ponad zwieracz zewnętrzny.

Dotykiem stwierdzamy powyższą zmianę jak również, czy jest ściągnięcie się (*contractio*) lub skurczenie (*contractura*) zwieracza. Jeżeli jest pojedyncze ściągnięcie się, zwieracz po upływie jednéj lub dwóch minut wolnieje na palcu, a wtedy przekonać się łatwo, że pierwotna twardość mięśnia ustąpiła. Jeżeli jest kontraktura zwolnienie nie nastaje, stężenie trwa choćby nie wiedzieć jak długo palec pozostał w rzyci a przy wyciągnięciu go ztamtąd wychodzi blady, bez krwi, skutkiem ucisku, na jaki był wystawiony.

Zupełnie inaczéj zachowuje się szczelina krwawnicowa. Z początku rzyć zamiast być lejkowatą jak w poprzedzających przypadkach, jest wysterczającą, wypukłą. Fałdy promieniste są podniesione jakby przez nabrzmiałość krwawą lub edematyczną; wygładzając je znajduje się w ogóle albo owrzodzenie krwawiące na wystającéj części jednego z fałdów, albo, co rzedziéj, owrzodzenie szczelinowe między fałdami. To owrzodzenie jednak, barwy fijoletowéj, krwawi i nie ma brzegów twardych; ściągnięcie się zwieracza jest mniéj silném i krócéj trwającém niż w szczelinie prawdziwéj; ustępuje bez wielkich boleści po wprowadzeniu palca. Błona śluzowa jest jakby edematyczna i nabrzmiała a nie bardziéj sucha i ścieńczała niż w stanie prawidłowym, co cechuje szczelinę prawdziwą.

Szczelina kiłowa ma cechy wrzodu kiłowego, jest mało bolesna przy dotykaniu, barwy szarawéj, prawie zawsze jest ich kilka, nie jak przy szczelinie prawdziwéj, i nie towarzyszy jéj ani kontrakcyja zwieracza uni wysterczanie krwawnicowe. (Dok. nast.)

Dr. Hampeln (w Rydze): **O durze osutkowym.**

Jest to obszerne sprawozdanie z przebiegu epidemii duru osutkowego trwającéj w Rydze przez 22 miesiące, tj. od końca roku 1877 do września 1879. Ważniejsze szczegóły w niém zawarte byłyby następujące:

Liczba chorych leczonych w szpitalu wynosiła 726, z których umarło 102, tj. 68 przypadków powikłanych z innemi chorobami a 34 bez powikłania; z osób mieszkających lub zatrudnionych w szpitalu zachorowało 21 a umarło troje. Leczenie było częścią wyczekujące, częścią polegało na stósowaniu zimnych kąpieli i podawaniu wysokich dawek salicylanu sodowego, bo od 4—8 grm., z następującym skutkiem: 1) Ciepłota opadała prawie w każdym przypadku o 1—2°C. a obniżenie utrzymywało się około 18 godzin; 2) tętno opadało z 120 i wyżéj na 100—80; 3) zajęcie *sensorium*, niepokój i majaczenia albo zupełnie ustępowały albo znacznie łagodniały, chorzy zaś barzdo dobrze lek znosili i działanie jego jako przyjemne opisywali. H. poleca przeto bardzo w durze osutkowym salicylan sodowy, a nie radzi go jedynie podawać w przypadkach połączonych z ciężkiemi przypadami mózgowemi, z bardzo wielkim upadkiem sił i słabéj czynności serca. (W obec tak wielkiéj śmiertelności bo 1:7 działanie i skuteczność salicylanu sodowego nie musiała być tak świetną, jak H. opisuje). *(Deutsches Archiv f. klin. Mediz. B. 27).* *Dr. T. W.*

M. Bochefontaine: **Nowy sposób zadawania kwasu salicylowego.**

Chorzy, którzy nie znoszą salicylanu sodowego, dostają na bolesne stawy kompresy zanurzone poprzednio w 5%

rozczynie salicylanu sodowego zobojętnionym kilkoma kroplami amonijaku. B. widział po nich w krótkim czasie znaczne zmniejszenie się bólów, a w jednym przypadku mógł chory, po upływie niespełna pół godziny, wykonywać małe ruchy. Kompresy przerzeczone, prócz tego że wywoływały łuszczenie się, nie drażniły zresztą skóry a dowodem, że przy tym sposobie użycia salicylan sodowy dostaje się do krwi, jest możność wykrycia go w moczu po kilkunastu godzinach. *(Lyon médical* 17). *D.*

Prof. Friedberg (we Wrocławiu): **Przypadek ostrego otrucia kwasem karbolowym.**

Student lat 23 liczący otrzymał w pojedynku dwie rany czołowe, które lekarz opatrywał 2% rozczynem kwasu karbolowego. Ponieważ przyplątała się róża, więc zapisano rozczyn chininu, którego chory miał zażywać po łyżce stołowéj; przez omyłkę atoli zadano mu łyżkę kopiastą kwasu karbolowego (*Acidi carbolici, Glycerini āā* 50), którą wypiwszy zapytał się zaraz, co takiego mu dano. Lekarz, który właśnie nadszedł, znalazł chorego bladego a błonę śluzową jamy ustnéj białą, wielkie osłabienie mięśniowe i drżenie, rozpoczynający zapad Wlewanie mleka, usiłowanie wzbudzenia wymiotów okazały się daremnemi; stężenie mięśni grzbietowych, bredzenie, oddychanie utrudnione, silne drgawki w odnogach dolnych i śmierć w 12 minut. Sekcyja wykazała nastrzykanie naczyń, podbiegnięcie krwi i nadżerki na języku, w przełyku, gardzielu i jelicie cienkiém, błona śluzowa żołądka i przyległych części gardziela i dwunastnicy zniszczone, woń karbolowa rozlega się po otwarciu żołądka. Badanie chemiczne w moczu nie wykazało kwasu karbolowego. Ponieważ ów młody człowiek połknął 27 gramów płynu w połowie z kw. karbolowego a w połowie z gliceryny składającego się, pokazuje się więc, że połknięcie $8^1/_2$ grama kw. karbolowego wywołało śmierć w przeciągu 12 minut. *(Virchows Archiv* 1881, T. 83, Zeszyt I, str. 132—139). *L. B.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Walne zebranie sekcyi lekarskiéj Tow. Przyj. Nauk Poznańskiego.

z dnia 20go grudnia 1880 r.

(Dokończenie. Patrz Nr. 9).

Następnie miał odczyt kol. Wicherkiewicz o rodzajach krótkiego wzroku. Skreślił on najpierw znaczenie krókiego wzroku wykazując, że krótki wzrok nie jest niczém inném, jak tylko objawem wadliwego wzajemnego stosunku siły łamiącéj promienie a długości oka. Ta dysproporcyja wywołaną być może rozmaitemi okolicznościami. Według obliczeń Landolta przypada na każdy mm. odległości siatkówki od ogniska oka Myop. 3,3 Diop. 3, czyli według starego obrachunku $^1/_{12}$, z czego wynika, że już nieznaczna dysproporcyja, nieznaczne oddalenie się siatkówki od ogniska przyrządu dyjoptrycznego, wywołać może znaczny stopień krótkiego wzroku. Stosownie do przyczyn wywołujących ową dysproporcyję rozróżnia kol. W. w ogólności 3 rodzaje krótkiego wzroku. W pierwszym rodzaju znachodzimy oko zupełnie zdrowe we wszystkich swych częściach i władające prawidłowo. Rogówka i soczewka mają formę bez skazy, wszystkie błony oka są zupełnie prawidłowe, również dobrą jest akomodacyja. Gałka tylko jest w całości zbyt długą, czyli ognisko systemu dyjoptrycznego położone jest przed siatkówką samą. Zdaniem prelegenta nie potrzebują więc oczy z długą budową w kierunku osi przedniotylnéj w danych razach być choremi. Mogą być równie zdrowe, jak nadmiarowe lub miarowe. Człowiek obdarzony okiem budowy długiéj widzi za pomocą szkła poprawczego również dobrze w wielkiéj odległości, jak inny okiem prawidłowych rozmiarów; widzi daleko lepiéj nawet (i to bez szkieł) w bliskości. Ta forma krótkiego wzroku nie jest w stosunku do innych rodzai rzadkością. Dotknięci tą wadą zadowalają się wyborem odpowiedniego szkła u optyka, rzadko zasięgają rady lekarza. Taki wzrok krótki jest niekiedy wrodzony, t. j. dziecko nowonarodzone ma już gałkę przydługą. Czasami może także oko mieć pewną wrodzoną inklinacyję do rośnięcia przeważnie w kierunku osi przedniotylnéj. Druga forma krótkiego wzroku, dostrzegana przewa nie w młodym wieku, powstaje, powiada prelegent, przez kurcz mięśnia rzęskowego. Przez to soczewka staje się więcéj wypukłą, skupia promienie światła bliżéj siebie (t. j. przed siatkówką) i nastawia oko na krótkie odległości. Ludzie tacy widzą tylko za pomocą szkieł wklęsłych; z bliska patrzą z przyzwyczajenia bez szkieł, przybliżając przedmiot bardzo blisko. Przy tém wszystkiém skarżą się, w przeciwieństwie do krótkowidzących pierwszéj kategoryi, na łzawienie, drganie w oczach, ból głowy i inne tego rodzaju objawy. Wziernik łatwo wykaże, że stopień krótkiego wzroku nie odpowiada szkłom potrzebnym a przynajmniej używanym celem dokładnego widzenia w odległości. Ten rodzaj wzroku, który kol. W nazywa zwodniczym, daje się usunąć przez atropin, a przytaczając odpowiedni przypadek ze swéj praktyki, objaśnia prelegent nietylko formę krótkiego wzroku, ale nadto skutek kuracyi. Forma ta druga może się łączyć z pierwszą i to wtenczas, jeżeli oko z natury długie, staje się wię éj jeszcze krótkowidzącém przez nieprawidłowo pobudzone działanie akomodacyi. Przy téj sposobności objaśnia prelegent fizyjologiczną i patologiczną akomodacyję, tłumacząc następnie, dla czego konieczną jest przypuścić rozmaitą innerwacyję mięśnia akomodacyjnego (mięśnia Brueckego). Kol. Wicherkiewicz czyni, *per analogiam* tęczówki, włókna poziome i promieniste zależnemi od nerwu współczulnego, a włókna okrężne od nerwu okoruchowego. Przypuszczając osobną innerwacyję łatwiéj, zdaniem prelegenta, pojmiemy, dla czego u krótkowidzącego oka włókna poziome, przeciwnie zaś u dalekowidzącego włókna okrężne więcéj są rozwinięte. Włókna okrężne nadają soczewce wypu klejszą formę, włókna poziome zbliżają nieco tył oka do ogniska a może przyczyniają się do spłaszczenia soczewki. Stosunek ten różnorodny włókien mięśniowych u krótko- i dalekowidzów objaśnia prelegent odpowiedniemi rysunkami. Kurcz takiéj akomodacyi sprawia uruchomienie naczyniówki, jéj podrażnienie i większy napływ krwi. Silniejsza przytém zbieżność osi gałkowych sprawia wzmagającą się czynność mięśni prostych i ukośnych, które wywierają nacisk na gałkę, a w następstwie ją przedłużają. Mięśnie proste cisnąc nadto na niektóre żyły wirowe w okolicy równika, tamują obieg krwi naczyniówki sprawiając przekrwienie téjże, a wreszcie sprawiają, przez zbytnie naprężenie się, coraz większe odczepienie pochwy zewnętrznéj nerwu wzrokowego, na któréj się osadzają, od jego pochwy wewnętrznéj. Rozluźnienie to, przechodząc coraz daléj ku przodowi, przenosi się także i na warstwę wewnętrzną i zewnętrzną włókien twardówki. Przeto otoczenie nerwu wzrokowego ulega zmianom, a mianowicie tworzy się od strony nosa powolny zanik naczyniówki, co się uwydatnia białą plamą, zwaną mylnie: *Staphyloma posticum.* Tak więc nieprawidłowo pobudzona akomodacyja przyczyniać się może nietylko do przedłużenia gałki, ale nadto do zapalenia naczyniówki, wywołując w ten sposób trzecią formę krótkiego wzroku, formę zapalną. Ten rodzaj krótkiego wzroku może także i bez nieprawidłowéj akomodacyi powstać, to jest przez zapalenie naczyniówki a nawet i twardówki. Dla spóźnionéj pory mówi prelegent po krótce tylko o zapaleniu naczyniówki, kładąc przycisk na to, że ogólne złe odżywienie, zołzy, krzywica itd. usposabiają przedewszystkiém do cierpień naczyniówki tyle zależnéj przez swą obfitość naczyń od stanu całego ustroju. Także zapalenia ciężkie ogólne jakoto: zapalenie płuc, opłucnéj, odra, płonica, dur, ospa, czerwonka pozostawiają po sobie skłonność do cierpień oka, w których następstwie krótki wzrok się rozwija. W końcu objaśnia kol. Wicherkiewicz, dla czego młode osoby więcéj ulegają rozwojowi krótkiego wzroku, zastanawia się nad przyczyną i skutkiem przewagi mięśni prostych zewnętrznych i nad szczegółowym stosunkiem wieku do krótkiego wzroku. Odczyty koll. Kaczorowskiego: „Przyczynek do działania zimnego po-

wietrza w suchotach płucnych i tyfusie osutkowym" i Kapuścińskiego: „Operatywne leczenie ropiastych wysięków opłucnéj" dla spóźnionéj pory odłożono do przyszłego Walnego Zebrania. Na têm posiedzenie zamknięto.

Dr. Święcicki.

Sekcyja żółkiewska Tow. lek. gal.

Na posiedzeniu odbytêm w dniu 5 lutego rb. w Mostach Wielkich (członków obecnych 10) kol. Dr. Hrycykiewicz odczytał: „O przyczynach zwężeń w przewodzie oddechowym i ich rozpoznaniu," poczém wywiązała się dyskusyja, w któréj zabierali głos koll. Dr. Muszkiet, Kol. Mańkowski i Dr. Zarzycki. — Kol. Dr. Broniowski wniósł, aby każdy z członków Sekcyi przyczynił się do balu urządzonego przez lekarzy lwowskich. — Kol. Dr. Zarzycki opowiedział ciekawy przypadek z praktyki prywatnéj, nad którym w żywéj dyskusyi wszyscy koledzy głos zabierali. — Przyjęto wniosek Przewodniczącego kol. Broniowskiego, aby opieszałych członków na posiedzenia nieuczęszczających zawezwać do pilnego uczęszczania. — Polecono delegatowi na Walne Zgromadzenie, aby poruszył kwestyję organizacyi lekarzy gminnych i przedłożył na Walném Zgromadzeniu elaborat kol. Spiegla dotyczący téj kwestyi.

VI. Listy z Wiednia.

III.

Posługaczki szpitalne i projektowane dla nich szkoły. — Ostatnie dzieło Billrotha. — Kto ma być prymaryjuszem? — Prof. Weinlechner i Docent Hofmokl. — *Hemiatrophia facialis.* — Tajemnicza dama. — Niespodzianka przy sekcyi.

Odpowiednie i umiejętne pielęgnowanie chorych jest bezsprzecznie jednym z najważniejszych czynników, prowadzących do uzdrowienia cierpiącego. Wszelka zdolność i sumienność lekarza ordynującego nie zdadzą się na wiele, jeżeli przepisy i zlecenia jego nie zostaną z całą ścisłością wykonane, i jeżeli chory nie otoczony jest pieczą prawie macierzyńską. W praktyce prywatnéj, ta druga strona lecznicza, a również jak i pierwsza ważna, z łatwością da się przeprowadzić; otaczający bowiem chorego są rodzicami lub krewnymi tegoż, i sama obawa o życie jego jest owym bodźcem, który zmusza ich do sumiennego przestrzegania przepisów lekarskich i znakomitego pielęgnowania. Inaczéj rzecz się ma w szpitalach. Chorzy poruczeni są tutaj opiece ludzi obcych, którym więcéj o własną wygodę aniżeli o wyzdrowienie cierpiącego chodzi. Często charakter pielęgnującéj nie zgadza się z jéj zajęciem; wiemy bowiem, ile takowe wymaga pracy, cierpliwości i łagodności; dla tego kobieta kłótliwa, zła, niemiłosierna a wygodna nigdy dobrą posługaczką szpitalną być nie może. Jednak nie sam charakter rozstrzyga o uzdolnieniu lub nieuzdolnieniu pielęgnującéj. Ostatnia powinna przyjść już do szpitala z pewną wiedzą i znajomością pierwszych zasad, ażeby nie potrzebowała się dopiero uczyć od swych koleżanek starszych, co i jak ma robić, co bezwątpienia połączone jest z ujmą dla chorego, jak to liczne przykłady uczą. Temi myślami wiedziony postanowił prof. Billroth, ów niezmordowany pracownik na polu lekarskiém, założyć szkołę posługaczek szpitalnych. Zakład ten, na który od roku zbierają się składki, nosi nazwę „Rudolfsstiftung" i stoi pod protektoratem Następcy tronu. Ma to być mały szpital, pod dozorem jednego lekarza stojący, a celem jego głównym i jedynym kształcenie posługaczek. Warunki przyjęcia są: odpowiedni wiek uczennicy, znajomość pisania i czytania, co w obec inteligencyi tutejszéj ludności jest zbytecznym dodatkiem, jakotéż świadectwo moralności. W zakładzie niniejszym nietylko praktycznie ale i teoretycznie ma się kształcić na zdolną posługaczkę, dla tego ma słuchać odpowiednich wykładów popularnych, a z końcem kursu zdawszy egzamin otrzymać patent. Tylko kobiety takiém świadectwem zaopatrzone będą przyjmowane do szpitali na posługaczki. Takie są najnowsze plany prof. Billrotha, do których z całą siłą dąży, a że zdąży niewątpimy, czego rękojmią jest znana energija mistrza, jakotéż głębokie korzenie, które myśl ta nietylko w kołach lekarskich tutejszych ale w ogóle w pośród myślącéj publiczności zapuściła, składki bowiem płyną obficie. Zdaje mi się, iż zastanawianie się nad têm, czy zakład tego rodzaju jest rzeczywiście potrzebnym, jest aż nadto zbytecznêm. Istnienie tego rodzaju instytucyi we Francyi, Anglii i Stanach Zjednoczonych, jest tego najepszym dowodem. Czyż szkoły posługaczek nie są równie ważne jak akuszerek? Czém jest ta ostatnia, jeżeli nie posługaczką rodzącéj. Czy chory chirurgiczny lub cierpiący na jakąś chorobę wewnętrzną nie potrzebuje równie umiejętnego pielęgnowania, jak kobieta rodząca. Nietylko lekarze, ale i cała publiczność przyklaśnie owemu projektowi, i spodziewać się należy, że i nasi uczeni nie będą skąpić mozołu i pracy, abyśmy nie zostali w tyle za Niemcami. W obec tego czuć się dał brak odpowiedniego podręcznika, któryby traktował w popularny sposób o pielęgnowaniu chorych. Literatura nietylko niemiecka, ale i innych narodów jest nadzwyczaj skąpą w tego rodzaju dzieła. Na pewną wzmiankę zasługują dwa podręczniki angielskie, których autorkami są panie Nightingal i Lees, byłe przełożone posługaczek barakowych w wojnie krymskiéj. Prof. Billroth podjął się więc napisania odpowiedniego podręcznika, który niedawno temu opuścił prasę. Książka ta pod tytułem: *Uiber weibliche Krankenpflege*, a 240 stronnic wynosząca, rozpada się na 9 ustępów. Pierwszy z nich traktuje o przymiotach wrodzonych posługaczki, 2gi ma tytuł: „ogólne uwagi nad pielęgnowaniem chorych", 3ci, „o wykonywaniu zleceń lekarskich", 4ty, „przygotowania do operacyi", 5, 6 i 7my „pielęgnowanie chorych gorączkujących, zakaźnych i obłąkanych", 8my, „pomoc w nagłych przypadkach", a nareszcie 9ty, „o pożywieniu i dyjecie".

Przy téj sposobności nie od rzeczy będzie poświęcić słów parę posługaczkom szpitali wiedeńskich, w zupełności bowiem na to zasługują. Nie zwiedzałem szpitali w innych krajach, pod względem cywilizacyi z niemieckim na równi stojących, ale zdaje mi się, iż inteligentniejszéj posługaczki od wiedeńskiéj trudnobym napotkał. Jest ona, śmiało to wypowiedzieć mogę, prawą ręką lekarzy szpitalnych. Zna ona z całą dokładnością każdego chorego w jéj sali leżącego, wie czego mu brak, co ma przepisane, w jakiéj dawce i ilości. Przy wizycie referuje prymaryjuszowi o przebiegu choroby i zachowaniu się chorego, zdradzając czasem wiedzę ściśle lekarską. Lekarz powierza jéj nawet trudniejsze czynności, jak np. kateteryzowanie chorego lub opatrywanie mniejszych ran. Pod względem czynności administracyjnych zupełnie lekarza wyręcza. Sama układa raport dzienny jakotéż i relacyję, tak że lekarz skontrolowawszy podpisać się tylko potrzebuje. Uprzejmość jakotéż prawie wojskowa karność w obec przełożonego uderza każdego na wstępie. Posługaczki tutejsze rekrutują się jednakowoż ze sfer lepszych, nie z najniższych, jak to u nas bywa, a godziny wolne od zajęcia poświęcają czytaniu dzieł, które u nas w bibliotekach tylko ludzi wykształconych napotykamy. Każda sala, mieszcząca w sobie przeciętnie po 20 łóżek, powierzona jest pieczy 2 posługaczek. Wyjść z zakładu może tylko za pozwoleniem prymaryjusza, który oznaczywszy godzinę wyjścia

podpisuje się w odpowiedniéj książeczce. Bez okazania téj książeczki z zakładu wypuszczoną nie zostaje.

W obecnéj chwili, kiedy kilka prymaryjatów było lub jest jeszcze opróżnionych, dzienniki lekarskie tutejsze podniosły pytanie, kogo właściwie prymaryjuszem mianować się powinno, czy docenta, asystenta, sekundaryjusza lub lekarza praktykującego. Dzienniki różne czasem wprost sobie przeciwne objawiają zdania; nie szczędząc sobie nawzajem różnych docinków. Tłem całéj téj walki jest, jak tutaj sądzą, kwestyja czysta osobista, mianowicie w obec wkrótce nastąpić mającéj nominacyi po ś. p. prof. Loeblu. Sprawę tę najlepiéj rozstrzygnęła *Medicinische Wochenschrift* w dość energicznym artykule, w którym objawia zdanie, iż prymaryjuszem winien zostać ten z pośród ubiegających się, który jest najzdolniejszy i który daje rękojmię, iż materyjał powierzony zużytkuje naukowo.

Prof. Weinlechner, dotychczasowy ordynator w szpitalu Rudolfa, objął czynności na oddziale chirurgicznym w szpitalu powszechnym po Drze Zsigmundym. Na miejsce jego mianowany został docent Dr. Hofmokl, polak rodem z Rzeszowa, dotychczasowy ordynator w poliklinice. Opróżnione miejsce po tym ostatnim obejmuje Dr. Mikulicz.

Przed 2 tygodniami mieliśmy sposobność oglądania w klinice prof. Neumanna wady wrodzonéj u mężczyzny w sile wieku będącym, pod nazwą *Hemiatrophia facialis*. Wada polega na zaniku mięśni jednéj połowy twarzy. Część ta nie ma także podściółki tłuszczowéj, w skutek tego skóra zapadnięta bezpośrednio leży na kości. Skóra téj połowy nie posiada ani gruczołów potnych lub łojowych ani zarostu i odbija w szczególny sposób od części twarzy zdrowéj, która jest pełna i zarośnięta. Wszelkie ruchy odbywa chory tylko połową zdrową, gdy tymczasem część zanikiem zajęta zupełnie jest nieruchoma. Łatwo zrozumieć, iż profil połowy zdrowéj i choréj zupełnie inne przedstawia rysy. Najdziwaczniéj przedstawia się ta podwójna twarz, gdy przypatrzymy się jéj z przodu. Człowiek ten, który zamyśla pokazywać się za pieniądze, jest prawdziwym nowoczesnym dwulicowym Janusem.

Przed paroma dniami ukazała się w klinice prof. Billrotha dama czarno ubrana, prosząc o chwilkę rozmowy z samym profesorem. Nie chciała wymienić swego nazwiska, ani ukazać swéj twarzy, dobrze za czarnym wualem ukrytéj. Kiedy prof. Billroth wszedł na salę, szybko wręczyła mu zapieczętowaną kopertę i odeszła natychmiast. Na kopercie było napisane: „W nagrodę za dzielną ostatnią operacyję 5,000 złr. na szkołę posługaczek.“ Koperta rzeczywiście pieniądze te zawierała. Ktoby był ową damą, nikomu nie wiadomo.

Przed czterema dniami robiono sekcyję na ciele zmarłego po laparotomii, przez prof. Dittla wykonanéj. Po otworzeniu jamy brzucha prosektor wyjął z pośród zwojów jelitowych gąbkę wielkości dłoni, którą wśród operacyi zostawiono i zaszyto. Można sobie wyobrazić, jakie to wrażenie zrobiło na samego prof. Dittla. Fakt ten tutaj zatajano, i jabym o nim nic nie wiedział, gdybym nie był przypadkowo przy sekcyi obecny. *Dr. Henryk Mendelsburg.*

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

(J. B) Komisyja sanitarna krakowska odbyła posiedzenie d. 7 bm. pod przewodnictwem Dra Warschauera, na którém: 1) Dr. Buszek przedłożył wykaz śmiertelności za styczeń rb. nadmieniając, że w tym miesiącu umarło 45,5 według obliczenia na rok i 1000, że najwięcéj umarło z chorób narządu oddechowego i że obecnie często się pojawiają przypadki odry. 2) Tenże przedłożył sprawę oficyn cyruliczych pod obrady. Opierając się na §. 49 ustawy przemysłowéj wnosi: aby zabronić golarzom używania szalek jako godeł sklepowych, a z uwagi, że dekret kancelaryi nadwornéj z r. 1816 zabronił cyrulikom utrzymywania oficyn dawno przed zniesieniem szkół chirurgicznych, jest zdania, aby trzem egzaminowanym cyrulikom pozwolić prowadzić oficyny pod godłami szalek wywieszonych nad sklepami z zastrzeżeniem, aby się zajmowali tylko najdrobniejszemi czynnościami lekarskiemi, należącemi do najniższéj służby lekarskiéj, dla jakiej dotąd nie istnieją u nas szkoły. Po poparciu przez Dra Korczyńskiego wniosek przyjęto. 3) Dr. Rybczyński wnosi, aby rozciągnąć ścisły nadzór nad akuszerkami i to głównie niegzaminowanemi, przytaczając przypadek, o którym doniósł Magistratowi, że akuszerka zaniedbała wezwać pomocy lekarskiéj i naraziła przez to płód na utratę życia, a Dr. Korczyński zwraca uwagę na trudnienie się praktyką osób niepatentowanych, pomiędzy innemi Byszewskiéj, która leczyła w Krakowie homopatycznie przez 2 tygodnie. Fizyk Dr. Buszek odpowiada, że sprawę akuszerek traktowano gruntownie na posiedzeniu Tow. lek., wybrano komisyję do poczynienia odpowiednich wniosków, że fizykat poczynił już należyte kroki celem dopilnowania ścisłego, aby akuszerki zawsze stósowały się do swéj instrukcyi, że sprawę, o któréj wspomniał Dr. R. oddano na drogę sądową i prosi, aby także na przyszłość dawano znać o każdym podobnym przypadku. Do lekarzy wystósował już Magistrat odezwę, aby każden lekarz dawał znać fizykatowi miejskiemu o swojém osiedleniu się w mieście i wyniesieniu się z miasta na stałe, celem utrzymania wykazu stałego lekarzy do praktyki w mieście uprawnionych, że fizykat ma na oku tę ważną sprawę partactwa lekarskiego w mieście od dawna zagnieżdżonego i prosi o nadsyłanie wiadomości o wszelkich w tym względzie nadużyciach, gdyż zwolna i tylko wspólnemi siłami da się usunąć wiele panujących u nas nieprawidłowości. Dr. Tuszyński domaga się przy téj sposobności, aby także dla obwodu III, jako obfitującego w najuboższą ludność, ustanowiono miejską akuszerkę. — 4) Dr. Korczyński zwraca uwagę na sprzedaż środków ogłaszanych w dziennikach publicznych także po sklepach korzennych sprzedawanych i zaleca wydanie popularnego pouczenia dla publiczności o niezmierném wyzyskiwaniu łatwowiernych ludzi, dających się wabić na podobne środki lecznicze, zamiast zasięgać umiejętnéj rady lekarskiéj. Fizyk Dr. B. odpowiada, że wina tego ciąży na samych aptekarzach, którzy na własną stratę podają rękę podobnym nadużyciom, że Magistrat upomniał już o to gremijum aptekarskie, a u Namiestnictwa wystarał się jeszcze w październiku z. r. o polecenie zarządowi cłowemu, aby środki lekarskie i podejrzane o truciznę wydawano osobom nieuprawnionym do ich sprowadzania jedynie za okazaniem świadectwa przez fizyka m. wydanego, że odbywa się rewizyje sklepów peryjodycznie, za wszelkie nadużycia karze się kupców grzywnami. — 5) Dr. Tuszyński zapytuje, co się dzieje z jego wnioskami o zaprowadzenie domu podrzutków? Fizyk odpowiada, że sprawę tę traktowano łącznie z zapisem na ten cel zrobionym przez śp. Dra Kitowskiego i przyrzeka o dalszych jéj losach zdać sprawę na najbliższém posiedzeniu. 6) Tenże uskarża się na gromadzenie kości po kuchniach i mnożeniu się w skutek tego robactwa wszelkiego rodzaju, jak np. w pomieszkaniu samego lekarza obwodu III, na co fizyk odpowiada, że kontrolowanie porządku wewnątrz pomieszkania osób prywatnych przechodzi granicę kompetencyi urzędowéj a właściciela składu kości na końcu ul. Starowiślnéj pociągnął już Magistrat do odpowiedzialności, podobnie jak i handlarzy na Kotłowém, którzy w workach przechowywali kości. — 7) Dr. Obaliński zapytuje, czyby miasto nie mogło się już raz pozbyć śmietników, zaprowadzając na śmieci wózki i ich wywożenie. Fizyk odpowiada, że sprawę tę poruszył już w Magistracie, przydzielono ją wydziałowi I, gdzie łącznie ze sprawą czyszczenia miasta obszernie była traktowaną. — 8) Dr. Kaź. Grabowski przedkładając instrukcyję dla służby zdrowia miejskiéj, pozostawioną przez śp. fizyka Dra Mohra, wnosi: aby ją przyjąć prowizorycznie. Po odczytaniu części téjże uchwalono zredagować ją odpowiednio do dzisiejszych stosunków, do czego wybrani zostali Drowie: K. Grabowski, Buszek i Rybczyński.

* W roku 1882 odbędzie się drugi Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich, połączony z oddziałem pedagogicznym i z wystawą przyrodniczo-lekarską; dział lekarski obejmować będzie 4 sekcyje: medycyny wewnętrznéj, sekretarz Dr. Maixner, chirurgii sekr. Dr. Michl, medycyny teoretycznéj sekr. Dr. Chudoba, i medycyny rządowéj, sekr. Dr. Bělohradský. Prezesem Wydziału gospodarczego jest prof. Eiselt.

* Sprawa Izb lekarskich nareszcie, jak się zdaje, dostanie się pod obrady Izby poselskiéj we Wiedniu. Komisyja odnośna ukończyła bowiem swoje prace i ułożyła projekt ustawy.— Wiedeń ma otrzymać osobną dla siebie Izbę lekarską. Nie wiadomo jeszcze, czy Komisyja dla Galicyi proponuje jednę lub dwie Izby.

* Minister spraw wewnętrznych we Francyi złożył Komisyję z 40 członków, mającą przejrzeć i poprawić ustawę z r. 1838 o obłąkanych i zastanowić się nad warunkami higijenicznemi przytulisk dla chorych na umyśle. *(Gaz. des Hôp.)*

Wiadomo, że oprócz Anglii *(Lunacy Act)* tylko Francyja posiada ustawę o obłąkanych, podczas gdy inne państwa ograniczają się do różnych rozporządzeń. Ustawa francuska z r. 1838 uchodzi za bardzo dobrą, a jednak rząd uważa za potrzebną jéj rewizyję; u nas nikt nie myśli o podobnéj ustawie.

* Rząd egipski ustanowił radę sanitarną z siedzibą w Kairze składającą się z 12 członków przez rząd mianowanych, oraz radę dla kwarantany morskiéj w Aleksandryi, na czele któréj stać będzie mianowany przez rząd lekarz europejski. Urządzenia te mają wielką wagę i dla Europy, jeżeli się zważy, że Egipt jest kolebką wielu chorób pospólnych i epizoocyj.

(J. B.) **Kongres międzynarodowy lekarski**, mający się odbyć od 2—9 sierpnia rb. w Londynie, przedłoży szereg higijenicznych pytań pod obrady. W 1szym dniu: Środki przeciwko chorobom zakaźnym tak szerzącym się z kraju do kraju jak i w granicach pewnego kraju, mianowicie: przeciwko febrze żółtéj, cholerze i dżumie, przeciwko durowi brzusznemu, płonicy, odrze, krztuścowi, błonicy, kile, nosaciznie, wściekliźnie, wąglikowi. — W 2gim dniu: Wpływ pokarmów i napojów (oprócz wody) na szerzenie się chorób: pasorzytniczych, gruźliczych i zakaźnych. — W 3cim dniu: Pod jakiemi warunkami mogą lekarze aprobowani pewnego kraju praktykować w innym kraju; sposoby zaradzenia fałszywym wnioskom statystycznym w nomenklaturze i klasyfikacyi lekarskiéj.

(J. B.) W r. 1879 umarło na 1000 mieszkańców: w Nicei 43,5; w Petersburgu 38,8; w Odesie 37,9; w Aleksandryi 36,6; w Dublinie 35,7; w Bukareszcie 35,5; w Tryjeście 35,1; w Bombayu 34,9; w Marsylii 32,4; w Krakowie 32,2; we Lwowie 31,9; w Strasburgu 31,7; w Budapeszcie 31,6; w Barcelonie 31,6; w Królewcu 31,4; w Kalkucie 30,4; w Medyjolanie 29,5; w Hamburgu 28,2; w Neapolu 29,3; w Pradze 27,9; w Dreźnie 27,8; w Berlinie 27,7; w Gdańsku 27,5; w Paryżu 26,9; w Kopenhadze 26,6; w Kolonii 26,4; w Nowym Yorku 25,8; w Hadze 25,6; w Wrocławiu 25,5; w Lipsku 25,5; w Monachijum 25,4; w Wiedniu 24,9; w Amsterdamie i Brukseli po 24,4; w Londynie 23,6; w Rzymie 23,1; w Stokholmie 22,5; w Chrystyjanii 17,4; w Filadelfii 17,2; w San Francisco 14,4; *(Corresp. d. niederrhein. Ver. f. oeff. Gesundheitspfl. Bd. IX)*.

Statystyka epidemij. W tygodniu 6 (do 12 lutego) ospa jeszcze bardziéj rozszerzyła się w Londynie. Świeżo zapadło 176, umarło 52, leczyło się w szpitalach 729. Również i w Paryżu podniosła się liczba ospowatych leczonych w szpitalach do 167, umarło 39. W Budapeszcie umarło 15, w Maladze 9, Wiedniu 27. W innych większych miastach pojawiają się sporadyczne przypadki ospy. W Filadelfii umarło z ospy (od 9—15 stycznia) 40. Z duru brzusznego umarło więcéj w Paryżu a mniéj w Petersburgu. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 33. Z febry żółtéj umarło w Rio de Janeiro od (1—15 grudnia) 9. W tygodniu 8 (do 19 lutego) umarło w Krakowie: 1 z ospy, 5 z odry, 2 z płonicy, 1 z błonicy, 1 z duru brzusznego, 1 z duru osutkowego, 3 z gorączki połogowéj, a doniesiono w tymże czasie: o 2 przypadkach ospy, 9 odry, 1 płonicy, 3 krztuśca, 2 duru brzusznego, 2 róży.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 7 (do 12 lutego) umarło na 1000 mieszkańców i na rok w Krakowie 35,7; we Lwowie 32,4; w Poznaniu 25,5; w Wiedniu 33,3; w Budapeszcie 38,5; w Pradze 43,2; w Tryjeście 52,3; w Berlinie 22,5; w Wrocławiu 27,0; w Gdańsku 23,7; w Dreźnie 24,1; w Lipsku 18,5; w Monachijum 30,5; w Genewie 21,5; w Brukseli 26,1; w Amsterdamie 28,1; w Hadze 34,4; w Paryżu 31,3; w Londynie 23,0; w Kopenhadze 30,7; w Petersburgu 51,1; w Odesie 31,0; w Wenecyi 36,6; w Bukareszcie 23,8; w Madrycie 48,9; w Barcelonie 29,6; w Saragosie 40,5; w Lisabonie 40,6; w Aleksandryi 41,0; w Nowym Yorku 31,1; w Filadelfii 22,4; w Bombayu 35,2; w Madrasie 49,7.

J. B.

Sprawozdanie o śmiertelności

w miastach Galicyi liczących nad 15.000 ludności. (Kwartał czwarty 1880).

Nazwa miasta	Ludność według obliczenia w 31/XII 1880.	Liczba zmarłych bez nieżywo urodzonych	Stosunek zmarłych obliczony na 1000 mieszkańców i na rok	Wiek zmarłych: 1 rok	2—5 lat	6—20 lat	21—40 lat	41–60 lat	60 i wyżéj	wiek nieznany
Lwów	110 252	1098	40.0	163	231	123	186	194	200	1
Kraków	67.000	526	31.3	88	115	50	81	102	90	—
Brody	19.804	144	29.0	34	23	16	11	23	37	—
Drohobycz	18.172	203	44.6	55	57	29	13	20	29	—
Kołomyja	24.662	288	46.7	65	121	40	27	19	16	—
Przemyśl	21 984	131	23 8	34	12	12	21	17	35	—
Stanisławów	18 084	217	48 0	98	36	19	18	19	27	—
Tarnopol	24 847	209	33.6	66	37	37	18	24	26	1
Tarnów	24.006	252	42.0	52	62	38	46	26	28	—
Razem	—	3068	—	655	694	364	421	444	488	2
Odsetki ogólnéj liczby zmarłych:				21 3	22 6	11.8	13.7	14.4	15.8	0.1

dzieci niżéj 5ciu lat 43 9%

Nazwa miasta	Przyczyna śmierci — Choroby zakaźne: Ospa	Odra	Płonica	Dławiec i błonica	Krztusiec	Dur brzuszny	Dur plamisty	Cholera	Czerwonka	Gorączka połogowa	Inne choroby zakaź.
Lwów	1	18	105	63	2	20	—	—	2	7	—
Kraków	14	1	51	23	5	6	1	—	9	4	6
Brody	—	—	8	13	—	1	1	—	—	—	—
Drohobycz	—	11	57	10	2	7	—	—	—	—	—
Kołomyja	51	—	41	28	—	1	—	—	—	1	—
Przemyśl	—	—	—	5	2	6	—	—	1	1	2
Stanisławów	—	46	—	19	5	5	1	—	—	2	—
Tarnopol	—	—	4	44	—	20	—	—	1	—	—
Tarnów	60	1	3	31	—	4	3	—	5	1	—
Razem	126	77	269	236	16	70	6	—	18	16	8
Odsetki ogólnéj liczby zmarłych:	4.1	2 5	8.7	7.6	0 5	2.2	0.2	—	0.5	0.5	0.2

choroby zakaźne: 27·1%

Nazwa miasta	Inne panujące choroby: Suchoty płuc	Zapalenie płuc, krtani i tchawicy	Inne ostre choroby narządu oddechow.	Udar	Ostry gościec stawowy	Zapalenie jelit	Choleryna	Wszystkie inne choroby	Śmierć gwałt.: Śmierć przypadkowa lub nieznana przycz.	Samobójstwo	Morderstwo lub zabójstwo
Lwów	198	156	6	14	—	50	1	424	15	9	—
Kraków	63	101	20	1	1	34	—	183	3	—	—
Brody	13	10	7	—	—	8	—	83	—	—	—
Drohobycz	5	12	27	4	—	3	—	63	2	—	—
Kołomyja	14	38	3	1	—	—	—	110	—	—	—
Przemyśl	14	13	6	3	—	9	1	66	2	—	—
Stanisławów	16	11	1	—	—	3	2	106	—	—	—
Tarnopol	22	29	2	—	—	2	7	72	5	—	1
Tarnów	16	39	—	2	1	18	1	62	3	1	1
Razem	361	409	72	25	2	127	12	1169	30	16	2
Odsetki ogólnéj liczby zmarłych:	11.7	13.2	2.3	0.8	0 1	4.1	0.37	38 1	0.9	0 6	0.1

Dr. Merunowicz.

VIII. Wiadomości bieżące.

— **Kraków** d. 9 marca. Jak wiadomo, właściwy obchód 50-letniego jubileuszu doktorskiego profesora i prezesa Dra Józefa Majera odłożono na czas Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie w lipcu rb. Komitet Tow. lek. krak., któremu polecono zająć się tą sprawą, postanowił ofiarować szanownemu Jubilatowi album z podpisami lekarzy polskich. Do zbierania tych podpisów zaprasza Komitet wielu lekarzy w ten sposób, że im rozsyła osobne kartki, na których w miejscu ściśle oznaczoném podpiszą się koledzy, poczém z kartek przysłanych do Krakowa wytną się podpisy i przylepią na pergaminie w adresie tak samo, jak to zrobiono z adresem do J. I. Kraszewskiego. Album, o którém mowa, będzie wykonane ozdobnie i artystycznie, czego podjął się znany zaszczytnie Julijusz Kossak, a ponieważ koszta albumu będą bardzo znaczne, spodziewać się należy, iż koledzy, którym stósunki pozwalają, złożą wyższą od oznaczonéj (tj. najmniéj 50 centów lub 50 kopiejek od każdego podpisu) opłatę, tém chętniéj, że całą nadwyżkę dochodów po pokryciu kosztów przeznacza Tow. lek. krak. w jednéj połowie na kasę wsparcia wdów i sierót po lekarzach istniejącą w Warszawie, w drugiéj na fundusz żelazny Tow. lek. gal.

* Ponieważ większa liczba kandydatów medycyny z 4go i 5go roku tutejszego Wydziału lek. zgłosiła się do redakcyi oświadczając gotowość abonowania Przegl. Lek., Komisyja redakcyjna postanowiła dawać im tygodnik przez cały czas studyjów za połowę ceny zwykłéj, a zarazem powzięła uchwałę, że równe uwzględnienie znajdą polscy kandydaci medycyny, uczęszczający na inne Wydziały lekarskie austryjackie lub zagraniczne za przedstawieniem dowodu, że są kandydatami medycyny.

* Uwzględniając stósunki miejscowe c. k. Namiestnictwo rozporządzeniem z d. 22 lutego rb. dozwoliło Drowi Wenantemu Piaseckiemu utrzymywania apteki domowéj w Zakopaném.

* W Nrze 44 *Gazety Warszawskiéj* z d. 25 lutego rb. znajdujemy artykuł Dra G. Fritschego o słownictwie i języku lekarskim. Spotykamy się tu z uwagami, skądinąd już znanemi, odnoszącemi się do słownika lekarskiego; uwagi te po największéj części zostały już uwzględnione przez autorów słownika.

* **Wiedeń**. Prof. Billroth wykonał d. 28 lutego drugą resekcyję żołądka u kobiety lat 39 liczącéj, śród warunków niekorzystniejszych, aniżeli w pierwszym przypadku. Chora dotąd żyje.

* **Paryż**. Dr. medycyny Kamil Appay zamianowany został radcą przy sądzie apellacyjnym w Limoges. Appay będąc doktorem praw i adjunktem przy trybunale cywilnym w Paryżu otrzymał w r. 1875 dyplom doktora medycyny, ogłosiwszy rozprawę o kile. (*Gaz. des Hôp.*)

* **Nekrologija**. Pensyjonowany niedawno prof. położnictwa w Heidelbergu, tajny radca dworu Lange odebrał sobie życie. — W Paryżu umarł Dr. Mattei, znany akuszer.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W Gazecie Lekarskiéj Nr. 10: Przewóskiego: Jedna z chorób następczych po tyfusie brzusznym; Jasińskiego: Spostrzeżenia dotyczące leczenia choroby Potta (c. d.) Matlakowskiego: O zatruciu kwasem karbolowym (dok.) — W *Medycynie* Nr. 10: Rybickiego: Kazuistyka sądowolekarska. I. Śmierć z rozjechania pociągiem drogi żelaznéj (dok.); Gajkiewicza: O umiejscowieniach czynności i zboczeń mózgowych (c. d.)

Piśmiennictwo lekarskie. ERB. W. Ueb. spinale Myosis und reflectorische Pupillenstarre. gr. 4. Leipzig, Edelmann. M. 75.

FALCK F. A. Lehrbuch der practischen Toxicologie. gr. 8. Stuttgart, Enke. M. 8.

FLÜGGE C. Lehrbuch der hygienischen Untersuchungsmethoden. Mit 88 Abbildgn. im Text, 17 Tab. u. 4 Tfln. gr. 8. Leipzg, Veit et Co. M. 16.

Towarzystwo lek. krak. odbędzie we Środę dnia 16 bm. posiedzenie zwyczajne w sali Akademii Umiejętności, na którém będą odczyty zalegające ze zeszłych posiedzeń.

Na rzecz funduszu dla wdów i sierót po lekarzach nadesłali: Dr. Julijusz Kwaśniewski z Lublina 3 rsr. i Dr. Adam Jentys z Lublina 2 rsr.

Od Administracyi.

Nakład początkowych Nrów Przeglądu Lek. mianowicie 4, 5, 6, 7 z rb. jest wyczerpany. Ktoby takowych nie potrzebował, zechce łaskawie nadesłać je do Administracyi.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja:
Ulica Podwale Nr. 84.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Boulv. Voltaire 180, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia op. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 19 marca 1881. **№ 12.** Rok XX.

I. Z prywatnéj kliniki chirurgicznéj Dra Rydygiera w Chełmnie n/W.

Drugi przypadek wycięcia całéj macicy wraz z jajnikami sposobem Freund-Rydygiera. Wyzdrowienie.

Podal Dr. Rydygier.

Pierwszy nasz przypadek opisałem w Nrze 38 Przegl. Lek. z r. z. i Nr. 45 *Berl. klin. Wochenschrift.* Tamże starałem się usprawiedliwić znaczne zmiany, poczynione w sposobie operowania Freunda. W tym celu zabrałem także głos na ostatnim Zjeździe lekarzy i przyrodników w Gdańsku. W sprawozdaniach z mojego przemówienia tak w *Tageblatt* jako i *Centrbl. f. Chir.* 1880 Nr. 45 podają tylko, że zalecałem opuszczenie trzeciéj ligatury Freunda a mojém zdaniem nacięcie błony śluzowéj pochwy na około części pochwowéj macicy niemniejsze ma znaczenie, gdyż zapewnia dokładne przeprowadzenie przeciwgnilnego sposobu operowania; ale o tém na końcu, a najprzód podajmy opis naszego 2go przypadku.

E. Radacka, 50 lat licząca, pochodzi z familii zdrowéj, w któréj nie ma krwotoków, ani nowotworów złośliwych. Dzieckiem będąc była zdrowa, miesiączki dostała w 17 roku i miewała ją aż do 49 roku regularnie. Po 3 miesięcznéj przerwie pojawiły się nieregularne, cuchnące krwotoki z macicy, a w przestankach pomiędzy krwotokami białe upławy również cuchnące.

B a d a n i e: Chora bardzo blada, cery brudno-żółtawéj, błony śluzowe zupełnie blade; szmery anemiczne nad naczyniami szyi. Części płciowe: ujście pochwy szerokie; pochwa wiotka i obszerna; część pochwowa krótka, twarda, zgrubiała, nierozpadła; trzon macicy znacznie powiększony, twardy, ku prawéj stronie pochylony. Po kilkakrotném zaprowadzeniu gąbki prasowanéj udało nam się z trudem wielkim wprowadzić palec do jamy macicznéj i wymacać jéj powierzchnią nierówną; po badaniu znaczniejszy krwotok. Badanie innych przyrządów nie wykazuje żadnych nieprawidłowości, gruczoły niepowiększone.

R o z p o z n a l i ś m y: *Carcinoma corporis uteri.* Chora była tak słabą i niedokrewną, że musieliśmy ją najprzód przez dwa tygodnie odpowiedniém pożywieniem cokolwiek wzmocnić; ponownym krwotokom zapobiegliśmy przez podawanie *Extr. sec. corn.* i ułożenie choréj w łóżku. Pomimo to tylko bardzo nieznacznie choréj sił przybywało, a w dzień operacyi zawsze jeszcze była n a d z w y c z a j niedokrewną.

Po zwyczajném przygotowaniu choréj, wypróżnieniu kiszek i dokładnéj dezinfekcyi pochwy, przystąpiliśmy do operacyi; asystencyją łaskawie przyjęli koll. Drowie W e h r, C h o j n a c k i, A n d r y s o n i radca sanit. W i e n e r.

Akt I. Uśpienie chloroformem w pokoju choréj; ogolenie włosów sromnych i założenie wziernika pochwowego Simona; n a c i ę c i e b ł o n y ś l u z o w é j p o c h w y n a o k o ł o c z ę ś c i p o c h w o w é j m a c i c y, a po przepłukaniu kwasem karbolowym tamponada pochwy 10% watą salicylową i przeniesienie choréj do pokoju, jak zwykle do laparotomii przygotowanego. (Pokój bywa kilka dni przed operacyją odwietrzany i wypryskiwany 5% karbolem; przez 2—3 godziny przed operacyją spray parowy, p o d c z a s o p e r a c y i n i e m a s p r a y u; ciepłota pokoju około 21° R.)

Akt II. Cięcie od pępka aż do spojenia kości łonowych; dokładne zatamowanie krwawienia przed otworzeniem otrzewnéj; obrąbienie nią brzegów rany brzusznéj; wyjęcie i zawinięcie kiszek w serwety umaczane w rozgrzanym 2% karbolu. W jamie brzusznéj cokolwiek płynu surowiczego; otrzewna kiszek zmętniała.

Akt III. Przeciągnienie pętli z mocnego jedwabiu przez trzon macicy w dwójnasób powiększonéj (prawy jajnik zawiera torbiel wielkości włoskiego orzecha). Założenie podwójnéj ligatury z katgutu na *lig. latum* na zewnątrz jajników, przebijając igłę przez *lig. rotundum*; przecięcie pomiędzy ligaturami, tak że jajniki pozostają w związku z macicą; podobne postępowanie po drugiéj stronie; nacięcie otrzewnéj w zagłębieniu pomiędzy pęcherzem a macicą; wtenczas Dr. Chojnacki wyciągnął czopek z pochwy i wprowadził

cewnik do pęcherza; dalsze głębsze oddzielanie macicy od tylnéj ściany pęcherza trudniejsze, niż w pierwszym naszym przypadku: palce nie wystarczają, nieraz trzeba nożyczek użyć trzymając się ściśle przy ścianie macicy, gdyż pęcherz bardzo szczelnie do niéj przylega; Dr. Chojnacki palcem w pochwie markuje nacięcie i naprzeciw palcom moim unosi, aż moje palce z palcami jego w nacięciu się zetknęły; podobne odłączenie tylnéj ściany macicy od odbytnicy. Następuje odszukanie tętnic i żył macicznych najprzód po lewéj, a potém po prawéj stronie i podwiązanie tychże przed ich przecięciem podwójne katgutem; dokończenie odłączenia macicy i po stronach za pomocą kilku cięć nożycami. Podczas całéj operacyi niedokrewna nasza chora zaledwo kilka kropli krwi utraciła.

Akt IV. Dokładne oczyszczenie miednicy; zeszycie otrzewnéj na dole w miednicy szwem katgutowym; włożenie kiszek; zeszycie rany brzusznéj katgutem; oprawa Listerowska na około ud 10% salicylową watą zakończona; sączek T do pochwy; przed ujście tampon z waty salicylowéj. Przebieg pooperacyjny niczém niezakłócony: nie ma bólów w żywocie; po kilku dniach stolec. Ciepłota cokolwiek podwyższona odpowiednio do ropienia w ranie pochwy; 2—4 godzinne przeplukiwanie pochwy, przez co odpływ z niéj ułatwialiśmy i wygórowaniu gorączki zapobiegliśmy. Obecnie, 4 tygodnie po operacyi, chora daleko silniejsza, niż przed operacyją, już zaczyna wstawać; ciepłota normalna.

Nawięzując do przypadku opisanego dodamy kilka uwag nad sposobem operowania. Już przy opisie pierwszego naszego przypadku wskazywaliśmy, że przez podane dwie nasze zmiany sposobu operowania Freunda: 1) okrojenie części pochwowéj z pochwy i 2) opuszczenie 3ciéj ligatury Freunda operacyję nietylko istotnie ułatwiliśmy, ale zarazem usunęliśmy główne niebezpieczeństwa, do których dawniejsi autorowie zwykle zaliczali: 1) długie trwanie operacyi przy otwartéj jamie brzusznéj; 2) trudne i wiele czasu wymagające zakładanie trzeciéj ligatury Freunda; 3) znaczne krwawienie z tętn. macicznéj, zdarzające się nieraz mimo téj ligatury; 4) uchwycenie moczowodów i zranienie pęcherza lub odbytnicy.

Po dokładniejszą w tym względzie informacyję odsyłamy do pierwszéj naszéj rozprawy. Tu wykażemy tylko przyczyny, które nas skłoniły do operowania w sposób powyżéj opisany, mimo częstego w ostatnim czasie zalecania operowania z pochwy. Na ostatnim Zjeździe lekarzy i przyrodników w Gdańsku Schroeder i Baum podawali jako zalety ostatniego sposobu operowania małą śmiertelność: Schroederowi z 9 operowanych umarły 2, jedna na wewnętrzny krwotok, Baumowi z 4 także 2, Schedemu obie operowane umarły, Billrothowi z 3 jedna, Langenbeckowi starszemu obie (prawda że w czasie przedantiseptycznym), Czernemu obie operowane wyzdrowiały a Pawlikowi jedna. Przypuszczam, że statystyka śmiertelności teraz ułożona wypadłaby na korzyść sposobu operowania z pochwy; dotychczas atoli liczby dla takiéj statystyki porównawczéj są za małe, a spodziewam się na pewno, że w przyszłości przez odpowiednie ulepszenie sposobu Freunda i wybór dokładny stosownych do operacyi przypadków statystyka znacznie się polepszy na korzyść operacyi za pomocą laparotomii.

Nadzieję moję opieram na następującém rozumowaniu: Schroeder powiedział na wspomnianym Zjeździe lekarzy w Gdańsku, że jego *amputatio supravaginalis* wcale nie jest niebezpieczną; podobnie rzecz się ma podług niego z operacyją Péana, do któréj nawet dodać można bez powiększenia niebezpieczeństwa wycięcie wewnętrznego pokładu w pozostawionéj reszcie macicy. Nie pojmuję wtedy, dla czegoby naraz operacyja Freunda tak wielce musiałaby się stać niebezpieczną, kiedy tylko nieznacznie więcéj wycinamy: t. j. i małą resztę macicy. Zważmy daléj co następuje: Tak operacyja wycięcia całéj macicy z pochwy, jako i Freunda resp. ulepszona Freunda, mają to wspólnego, że się jamę brzuszną otwiera. Freunda operacyja wymaga tylko jeszcze laparotomii; laparotomije zaś teraz, przy sposobie operowania antiseptycznym, są tak mało niebezpieczne, że ich nawet w celach rozpoznawczych podjąć się nie wahamy: jakże więc sposób operowania, zawierający tylko o jeden tak mało niebezpieczny rękoczyn więcéj, ma być o tyle niebezpieczniejszy? Do tego dodać winniśmy, że z drugiéj strony sposób Freunda resp. ulepszony jego sposób ma tę wielką zaletę, iż dozwala daleko dokładniéj i pewniéj stosować antisepsis. Operujący nie potrzebuje palcami ani dotknąć się posoki rakowatéj, bo nawet nacięcie naokoło części pochwowéj może zlecić asystentowi, a zresztą choć je i sam wykona, nie potrzebuje zbrudzić palców posługując się kleszczykami Museux'go i nożykami o długich trzonkach. Przeciwnie operujący przez pochwę musi wiele i długo w posoce palce trzymać, i zaraz potém do jamy brzusznéj wchodzić. Jakże tam łatwo o zakażenie! Mimo najskrupulatniejszéj staranności nigdy nie uda się zupełnie odwietrzyć raka rozpadającego się. I tak np. Schede (IX kongres chirurgów) wspomina, że mimo poprzedniego wyłyżeczkowania, daléj przez 4 dni codziennie raz stosowanego przepłukiwania 10% karbolem, a 3 razy wodą salicylową, pomimo to wszystko palce jego czuć było posoką rakowatą, kiedy tuż przed operacyją jeszcze raz wytarł wrzód rakowy 10% karbolem. Oba jego przypadki umarły też na zapalenie posokowate otrzewnéj. Nie zaprzeczam, że dużo operowanych sposobem Freunda także umarło na posokowate zapalenie otrzewnéj, sądzę atoli, że na pewno, — o ile w ogóle przy zakażeniu o pewności mówić wolno, — można zapobiedz temu stosując dokładnie i skrupulatnie ulepszenie przez nas powyżéj podane.

Wypada nam jeszcze kilka słów powiedzieć o dokładném zeszyciu otrzewnéj na dole w miednicy. Zdania tu zupełnie są niezgodne; i można było téż być różnego zdania przy dotychczasowym sposobie operowania. My uważamy szew za koniecznie potrzebny przy stosowaniu naszego sposobu. Rzecz się ma z tym szwem zupełnie tak samo, jak z zapuszczeniem kikuta po owaryjotomii do jamy brzusznéj. Jeżeli mamy zupełną pewność, że żaden przyrzut nie dostał się do jamy brzusznéj, że asepsis zupełnie się udała i krwotoków następowych nie potrzebujemy się obawiać, natenczas możemy kikut bez obawy zatopić i nie potrzebujemy sączków; w tych samych przypadkach możemy téż spokojnie zaszyć otrzewnę na dole po wycięciu macicy, a nawet podług mego zdania koniecznie to uskutecznić winniśmy, żeby się zabezpieczyć przed następowém zakażeniem z pochwy: w najkrótszym bowiem czasie blaszki otrzewnéj zeszyte zlepią się, a wtenczas już niczego nie potrzebujemy się obawiać, chociaż przy dalszém gojeniu rany w pochwie nastąpi dobre ropienie, bylebyśmy się postarali przez odpowiednie założenie sączków i częste przepłukiwanie o swobodny odpływ wytwarzającéj się ropy. Rozumie się, że powyższego twierdzenia o konieczności szwu nie stosujemy także do sposobu operowania z pochwy, przeciwnie sądzimy, że tu pozostawienie

otwartéj rany w otrzewnéj i zaprowadzenie sączków do jamy brzusznéj jest lepszém, gdyż nigdy — podług naszego zdania — nie można stosując ten sposób być pewnym, że nie pozostała znaczna ilość przyrzutów w jamie brzusznéj.

Pewność osiągnienia antisepsis, to wielka zaleta sposobu Freunda przez nas ulepszonego. Nie wchodząc daléj w to, że pewność zatamowania krwotoku przy sposobie naszym jest większą, niż przy sposobie operowania z pochwy (tak zdolnemu i wćwiczonemu operatorowi jak Schroederowi umarła jedna chora na krwotok następowy); winniśmy jednakowoż na zakończenie jeszcze dodać, że sposobem naszym wszystkie przypadki można operować, które w ogóle jeszcze są zdatne do operacyi, sposobem zaś operowania z pochwy przypadków tych, w których macica znacznie jest powiększona, nie można operować, jak sam Schroeder i inni przyznają. Sposób więc operowania, który we wszystkich przypadkach można stosować, a w niektórych jedynie jest możliwym, zasługuje, żeby go wydoskonalić i powinien całą naszą uwagę na siebie zwrócić.

II. Cudze i własne doświadczenia lecznicze z wodochloranem pilokarpinowym w chorobie Brighta i dyfteryi.

Zestawił Dr. Henryk Kowalski
dyrektor i prymaryjusz szpitala powsz. w Tarnowie.

Jeżeli liście jaborandy, jako takie, nie mogły uzyskać prawa obywatelstwa w farmakologii, toć to głównie przypisać należy sumiennym badaniom w klinikach prof. Frerichsa i Leubego, przeważnie zaś 40 doświadczeniom Sakowskiego, wykonanym w klinice krakowskiéj, a które w roku 1875 w Przeglądzie Lekarskim ogłoszone nagrodą uwieńczone zostały. Sakowski zbił twierdzenia Cutinha, Gublera, Rabiteau i Riegla nadające naparowi liści jaborandy miano najdzielniejszego leku napotnego i udowodnił, że podawanie wewnętrznie czy to naparu z liści, lub wyciągu, lub też wreszcie syropu z jaborandy, wywołujące dość często nudności, wymioty, a zawsze obfity ślinotok, w skutkach swoich jest niepewném.

Od sześciu lat atoli, tj. od czasu, w którym Merk wydobył z jaborandy alkaloid i takowy z kwasem solnym jako chlorowodan pilokarpinowy przedstawił, pierwszym był Dumas, który w rozprawie swéj inauguralnéj 1875 r. podał swe spostrzeżenia co do ślinotoku i potów po użyciu wodochloranu pilokarpinowego występujących, utrzymując zarazem, że dawka chlorowodanu pilokarpinowego od 0·03—0·12 nie działa trująco. Siredey w *Jour. de med. et de chirurg. prat.* 1875, str. 440 zgadza się w zupełności z Dumasem tak co do dawki jak i skutków pilokarpinu. Z niemieckich lekarzy pierwszym był Weber, który w *Centralbl. f. med. Wiss.* 1876 Nr. 44 badania swoje ogłosił, twierdząc, że kropla rozczynu wodochloranu pilokarpinowego, zapuszczona w oko, wywołuje rozszerzenie źrenicy, a 2% rozczyn wstrzyknięty pod skórę przysparza obfite wydzielanie śliny i sprowadza tak obfite poty, że człowiek na ciężarze ciała od 2—4 kilogramów utraca. Nic więc dziwnego, że w obec powyższych ogłoszeń Dumasa, Siredeya i Webera, lekarze, których *Spiritus Mindereri* zawsze dotąd w praktyce zawodził a cała znajomość wywoływania potów, bądź to na podawaniu gorącéj herbaty, limonijady, naparu bzu, bądź téż na zalecaniu kąpieli z następowém zawijaniem w koce polegała, sądząc, że w nowym leku znajdą niezawodnie dzielny środek przeciw puchlinie wodnéj, wysiękom opłucny, osierdzia i innym wypocinom zapalnym, rzucili się skwapliwie do czynienia doświadczeń.

I tak Weiss, asystent prof. Bokaia w Budapeszcie, czyniąc badania z wodochloranem pilokarpinowym w r. 1878 ogłosił w *Pest. med. chirg. Presse* 1879 Nr. 2 dwanaście przypadków choroby Brighta z opuchliną po płonicy, które po wstrzykiwaniach 2% rozczynu wodochloranu pilokarpinowego pomyślnie się zakończyły. Seemann potwierdza także skuteczność wodochloranu pilokarpinowego w 9 przypadkach zapalenia nerek w płonicy, ostrzega jednak, aby w razie gdy po użyciu wodochloranu pilokarpinowego opuchlina ustępować zacznie, dalsze jéj ubywanie zostawić naturalnemu przebiegowi a to z przyczyny, aby ponownem wstrzyknięciem leku nie wywołać mocznicy. (*Zeitschr. f. kl. Med.* 3 1881). Hoffer, asystent kliniki wewn. w Gracu, oznajmił kolegom na posiedzeniu Tow. lek. z. r., że po wstrzyknięciu 5 strzykawek 2% rozczynu wodochloranu pilokarpinowego w przeciągu 12 dni, a to choremu na cukrzycę, widział znaczne zmniejszenie ilości moczu i cukru, lecz podczas gdy Cantini potwierdza tożsamo, Salkowski występuje już z przeciwném twierdzeniem (*Med. chir. Rundschau* 1880 r.) Bidder, wychodząc z założenia, że drgawki polegają na wstrzymanym dopływie krwi do mózgu przez skurczenie się drobnych tętniczek, a które według Leydena wodochloran pilokarpinowy ma znosić, wstrzykiwał w r. 1878 w dwóch przypadkach drgawek porodowych wodochloran pilokarpinowy z pomyślnym skutkiem. Doświadczenia te atoli, w *Centralbl. f. Gynäk.* 1878 Nr. 15 ogłoszone, są bardzo niepewne, zwłaszcza jeżeli się zważy, że Bidder obok pilokarpinu podawał znaczne dawki wodnika chloralu. Strojnowski ze Lwowa, w Nrze 20 *Centralbl. f. Gynäk.* r. 1878, podał przypadek w którym po 2ch wstrzykiwaniach 2% rozcz. wodochloranu pilokarpinowego w odstępach 5-godzinnych drgawki ustąpiły. Scotti, asystent prof. Webera w Darmstadzie, zauważył, że pilokarpin rozszerza źrenicę słabiéj niż atropin. Schmitz i Windelschmidt po wstrzykiwaniach wodochloranu pilokarpinowego spostrzegli dobre skutki w chorobach oka, pierwszy w zapaleniu tęczówki i w oderwaniu siatkówki (*Berl. klin. Woch.* 1879, Nr. 4), ostatni w zapaleniu surowiczém siatkówki (*Allg. med. chir. Ztg.* 1880), co większa, pierwszy z nich widział nawet jak w skutek takiego leczenia dwom jego zupełnie łysym pacyjentom włosy odrosły.

Od chwili ogłoszenia Massmana z Petersburga, który celem leczenia puchliny wodnéj dwom kobietom brzemiennym wodochloran pilokarpinowy wstrzykiwał a w skutek czego dwa porody przedwczesne nastąpiły, akuszerowie, nie mając znów innego środka wywołującego spieszniéj poród przedwczesny, jak cewnik kauczukowy, z niemałym także pochopem wzięli się do dzieła. Wkrótce też Schauta, asystent prof. Spätha, ogłosił w *Wien. med. Woch.* 1877 Nr. 19, że chcąc wywołać poród przedwczesny przy zwężeniu miednicy wstrzyknął w odstępie 7 godzinnym 2 strzykawki 2% rozczynu wodochloranu pilokarpinowego, przez co w 18 godzinach zamierzony cel osiągnął. Prof. Kleinwächter, w *Archiv f. Gynäk.* Tom XIII, 3 str. 122, potwierdza również skuteczność pilokarpinu w wywoływaniu przedwczesnego porodu. Schauta w 15 przypadkach słabych bólów porodowych, już po odpłynięciu wód, wstrzykiwał na raz 0·020 pilokarpinu z bardzo pomyślnym skutkiem, bóle porodowe każdym razem się wzmagały, a płody przyszły żywe na świat.

Aczkolwiek potém, co się dotąd namieniło, zdawaćby się mogło, że akuszeryja osiągnęła niepospolitą zdobycz w wodochloranie pilokarpinowym, toć nie brakuje spostrzeżeń, nie tylko zachwiewających, lecz całkiem obalających powyższe doświadczenia. Welponer bowiem, asystent prof. Brauna, jeszcze w r. 1878, w *Centralbl. f. Gynäk.* Nr. 15, następnie w *Wien. med. Woch.* 1878 Nr. 44, wyraża się stanowczo, że wstrzykiwania podskórne wodochloranu pilokarpinowego nie wzniecają bólów porodowych. Nieco odmiennego zdania jest Sänger w Lipsku, wyrażający swe przekonanie w *Arch. f. Gynäk.* zesz. I z r. 1879, iż wodochloran pilokarpinowy wzmacnia bóle porodowe, gdy takowe już się rozpoczęły, nie wpływa jednakże na sprowadzenie przedwczesnego porodu. Körner w Wrocławiu twierdząc, także w *Archiv f. Gynäk.* T. 15 str. 92, że wodochloran pilokarpinowy w drgawkach nie wznieca bólów porodowych, przestrzega zarazem przed użyciem tegoż środka w drgawkach, cytując jeden przypadek, w którym chora po wstrzyknięciu leku w skutek następowego znacznego nagromadzenia się śliny w tchawicy i śluzu w oskrzelach podczas nieprzytomności w napadzie o mało śmiercią z uduszenia nie zginęła.

Ostatnie doświadczenia z wodochloranem pilokarpinowym dotyczą dyfteryi, a pierwszym, który wpadł na pomysł stósowania tegoż środka, był Guttmann z Konsztatu, (*Berl. klin. Woch.* Nr. 40).—81 przypadków dyfteryi uleczonych przez Guttmanna, w skutek podania chorym wodochloranu pilokarpinowego, zachęciły także Lawa do zastósowania tegoż środka a wynikiem tegoż jest 16 przypadków uleczonéj dyfteryi, ogłoszonych w *Aerz. Intellig. Bl.* Nr. 40. Z Polaków pierwszym był kol. Warschauer, który badał bliżéj skutki wodochloranu pilokarpinowego w dyfteryi a piękna jego, wolna od skeptycyzmu, umiejętnie opracowana i w Przeglądzie Lek. z r. 1880 rozprawa potwierdza w zupełności zapatrywania Guttmanna.

Podawszy szan. czytelnikom wynik cudzych doświadczeń z wodochloranem pilokarpinowym, przystępuję do skreślenia własnych spostrzeżeń, poczynając od choroby Brighta.

Celem przekonania się, o ile poty wywołane pilokarpinem wpłynąć mogą na zmniejszenie się opuchliny, stwierdziwszy poprzednio takową, białko i wałeczki Belliniego w moczu u 8 mężczyzn a 6 kobiet, razem u 14 chorych, wstrzyknięto tymże roku zeszłego w szpitalu pow. w Tarnowie 194 pełnych strzykawek Pravaza przepisując pilokarpin 0·10 na 10·0 przekroplonéj wody, a wstrzykując na dobę jedną tylko strzykawkę. W 10—25 minut po uskutecznionym rękoczynie prawie wszyscy chorzy podawali, że doznają uczucia gorąca w twarzy, po którém zaraz występował obfity ślinotok, a nieco późniéj poty, najpierw na czole i twarzy, następnie tułowiu i odnogach. Poty te utrzymywały się średnio od $\frac{1}{2}$—3 godzin, ślinotok zaś od 3—15 godzin. U trzech chorych atoli z bardzo wielką puchliną zaskórną przekonawszy się, że, po czterorazowém wstrzyknięciu leku, oprócz bardzo nieznacznego zwilżenia czoła, na reszcie skóry pot nie występuje, zaprzestano dalszych doświadczeń, przypuszczając, że ucisk znacznéj ilości surowicy na gruczoły potne i ich przewody tudzież na naczynia krwionośne, utrudnia tak wydzielanie potu, jak i należyte wniknięcie leku do krwi. Mierząc ciepłotę ciała tak przed wstrzykiwaniem jak i po wstrzykiwaniu uważano, że takowa podnosi się zawsze o 0·4—1·2 C°, tętno o 10—20 uderzeń na minutę, oddech pozostaje prawidłowym, a ilość moczu albo zwykłą, albo nieco zmniejszoną. Z 14 chorych, którym obok wstrzykiwań wodochloranu pilokarpinowego podawano wewnętrznie żelazo z kwasem garbnikowym, a z których dwom wstrzyknięto po 23 strzykawek, jednemu 22, trzem po 20, dwom po 16, jednemu 10, dwom po 6, trzem po 4, uważano tylko u jednego zupełne, u trzech tylko częściowe ustąpienie puchliny, u reszty zaś chorych, łącznie z wyż wspomnionemi trzema, którym tylko po 4 wstrzykiwania uskuteczniono, wynik doświadczeń był zupełnie ujemnym, bo chociaż przez ślinotok i poty utracił chory od 200—700 grm. na ciężarze ciała, toć ubytek ten, skutkiem utrudnionego wydzielania się moczu w zchorzałych nerkach, wyrównywał się wkrótce.

Jeżeli się nadto zważy, że na 194 wstrzykiwań wodochloranu pilokarpinowego 21 razy wystąpiły nudności, a 13 razy wymioty, daléj, że ci trzéj chorzy, którym opuchlina wprawdzie znacznie lecz niezupełnie ustąpiła, wkrótce z bardzo znaczną opuchliną zaskórną do szpitala powrócili i w tymże jak pięciu innych, u których ubywania opuchliny nie dostrzeżono, zmarli, mając w pamięci przypadki opuchliny w chorobie Brighta, daleko trwaléj bądźto środkami czyszczącemi, bądź moczopędnemi, bądź wreszcie kąpielami leczone, wstrzykiwaniom podskórnym wodochloranu pilokarpinowego, zawsze choć chwilowo dla chorego bolesnym, a niekiedy z nudnościami i wymiotami połączonym, stósowanym w przewlocznem zapaleniu nerek celem usunięcia opuchliny, przed innemi już dawniéj znanemi środkami palmy pierwszeństwa w żaden sposób oddać nie można.

Nie długo, bo prawie równocześnie że streszczeniem artykułu Guttmanna przez kol. Ponikłę w Nrze 41 Przeglądu Lek. z r. 1880, wybuchnęła nagminnie w Tarnowie dyfteryja, która przebiegając przy dawniejszém leczeniu chininem, chloranem potasowym i wodą wapienną niepomyślnie skłoniła mnie do użycia wodochloranu pilokarpinowego. Sposobem Guttmanna leczyłem w ogóle 30 przypadków dyfteryi, z tych 8 w szpitalu a 22 w praktyce prywatnéj; zanim podam ostateczne uwagi co do wyniku leczenia, sądzę, że tak celem dokładniejszego poglądu na usadowienie się, przebieg jak i czas trwania choroby, nie od rzeczy będzie zestawić przynajmniéj te 8 przypadków, które w szpitalu powszechnym w Tarnowie tak w końcu roku zeszłego jak i na początku bieżącego wodochloranem pilokarpinowym leczono.

1) Katarzyna Wolfówna, lat 10 licząca, z Tarnowa, 2 dzień choroby, przybyła do szpitala d. 25/11 1880, na łukach podniebiennych i migdałach błony białe nie dające się zdjąć, białka w moczu nie ma. Ciepłota dnia 26/11 rano 39.7, wieczór 40.3, tętno rano 120, wieczór 140; ciepłota dnia 27/11 rano 39.8, wieczór 40.9, tętno rano 132, wieczór 144; ciepłota dnia 28/11 rano 39.4, wieczór 39.6, tętno rano 120, wieczór 132; ciepłota dnia 29/11 rano 38.0, wieczór 38.1, tętno rano 92, wieczór 100; ciepłota dnia 30/11 rano 37.6, wieczór 37.8, tętno rano 88, wieczór 92; ciepłota dnia 1/12 rano 37.0, wieczór 37.2, tętno rano 80, wieczór 84; ciepłota dnia 2/12 rano 36.8, wieczór 37.0, tętno rano 72, wieczór 80. Leczenie: *Rp. Pilocar. mur. 0.03, Acid. muriat. gutt. 5, Pepsini 1.50, Aq. destill. 120.0.* Co godzina łyżeczkę od kawy, od 26/11 do 1/12 zimne okłady na szyję. 8/12 opuściła szpital.

2) Maryja Gałecka, 8 lat licząca, z Tarnowa, 3 dzień choroby, przybyła do szpitala 26/11 1880, na obu migdałach biało-szare wypociny, białko w moczu jest. Ciepłota dnia 26/11 wieczór 40.2, tętno wieczór 120; ciepłota dnia 27/11 rano 38.9, wieczór 39.2, tętno rano 108, wieczór 112; ciepło-

ta dnia 28/11 rano 38.6, wieczór 39.1, tętno rano 92, wieczór 124; ciepłota dnia 29/11 rano 38.1, wieczór 38.5, tętno rano 92, wieczór 120; ciepłota dnia 30/11 rano 37.6, wieczór 38.0, tętno rano 88, wieczór 96; ciepłota dnia 1/12 rano 37.0, wieczór 37.2, tętno rano 84, wieczór 88. Leczenie jak w przyp. 1. od 26/11 do 2/12 płukanie z *Kal. chlor.* 10/12 1880 zdrowa opuściła szpital. 3/12 białko zniknęło.

3) Stanisław Gałecki (brat Maryi), 6 lat liczący, z Tarnowa, 2 dzień choroby, przybył do szpitala 27/11 1880, na prawym migdale bardzo znacznie obrzmiałym błona biało-szara, wielkości 4ch centów, nie dająca się usunąć, na lewym migdale dwa punkta białe wielkości prosa, białka w moczu nie ma. Ciepłota dnia 27/11 rano 40.8, wieczór 40.7, tętno rano 140, wieczór 142; ciepłota dnia 28/11 rano 38.4, wieczór 39.5, tętno rano 116, wieczór 124; cieplota dnia 29/11 rano 38.7, wieczór 38.4, tętno rano 108, wieczór 124; ciepłota dnia 30/11 rano 38.3, wieczór 38.4, tętno rano 112, wieczór 116; ciepłota dnia 1/12 rano 38.1, wieczór 38.3, tętno rano 108, wieczór 112; ciepłota dnia 2/12 rano 38.2, wieczór 38.4, tętno rano 108, wieczór 112; ciepłota dnia 3/12 rano 37.8, wieczór 38.3, tętno rano 104, wieczór 108; ciepłota dnia 6/12 rano 37.0, wieczór 37.1, tętno rano 92, wieczór 98. Leczenie jak w 1szym przyp. od 27/11 do 8/12 płukanie z *Kal. chlor.* 10/12 1880 zdrów opuścił szpital.

4) Piotr Bystrek, lat 22 liczący, z Przyborowa, przybył do szpitala 28/11 1880 w 1szym dniu choroby, wypociny na obu migdałach, białka w moczu nie ma. Ciepłota dnia 28/11 wieczór 40.3, tętno wieczór 128; ciepłota dnia 29/11 rano 39.4, wieczór 39.9, tętno rano 112, wieczór 116; ciepłota dnia 30/11 rano 38.4, wieczór 39.5, tętno rano 92, wieczór 120; ciepłota dnia 1/12 rano 37.5, wieczór 37.8, tętno rano 76, wieczór 72; ciepłota dnia 2/12 rano 37.3, wieczór 37.5, tętno rano 70, wieczór 72. Leczenie: *Pilocar. mur. 0.05, Acid. muriat. gutt 5, Aq. destill. 200.0 S.* Co godzina łyżkę od 28/11 do 2/12 zimne okłady, płukanie z *Kal. chlor.* 13/12 1880 zdrów opuścił szpital.

5) Emilija Pawlicka, 6 lat licząca, z Tarnowa, 3 dzień choroby, przybyła do szpitala dnia 4/12 1880, wypocina na łukach podniebiennych obu migdałów tudzież w krtani, białko w moczu Ciepłota dnia 4/12 wieczór 40.0, tętno wieczór 120; ciepłota dnia 5/12 rano 37.8, wieczór 37.3, tętno rano 120, wieczór 132; ciepłota dnia 6/12 rano 37.5, wieczór 39.8, tętno rano 120, wieczór 124; ciepłota dnia 7/12 rano 38.6, wieczór 40.4, tętno rano 132, wieczór 146; ciepłota dnia 8/12 rano 38.7, wieczór 40.5, tętno rano 160, wieczór 170. Leczenie jak w przyp. 1 od 4/12 do 8/12 wdychania z kw. mlekowego, 7/12 także środek wymiotny. 8/12 1880 śmierć wśród przypadów zwężenia krtani.

6) Maryja Mazur, lat 18 licząca, z Tarnowa, 2 dzień choroby, przybyła do szpitala dnia 21/1 1881, na obu migdałach wypocina, białka w moczu nie ma. Ciepłota dnia 21/1 wieczór 39·2, tętno wieczór 120; ciepłota dnia 22/1 rano 38.1, wieczór 39 0, tętno rano 108, wieczór 116; ciepłota dnia 23/1 rano 37.5, wieczór 38.6, tętno rano 100, wieczór 110; ciepłota dnia 24/1 rano 38.3, wieczór 38.8, tętno rano 100, wieczór 108; ciepłota dnia 25/1 rano 37.3, wieczór 38.2, tętno rano 92, wieczór 100; ciepłota dnia 26/1 rano 37.2, wieczór 37.5, tętno rano 84, wieczór 88. Leczenie jak w przypadku 4 od 21/1 do 27/1 płukanie z *Kal. chlor.* 28/1 1881 zdrowa opuściła szpital.

7) Sara Mohnheit, lat 8 licząca, z Brzeska, 3 dzień choroby, przybyła do szpitala 26/1 1881, usadowienie choroby jak w przyp. 6, białka w moczu nie ma. Ciepłota dnia 26/1 wieczór 39.3, tętno wieczór 130; ciepłota dnia 27/1 rano 38.5, wieczór 38.8, tętno rano 108, wieczór 120; ciepłota dnia 28/1 rano 37.5, wieczór 37.8, tętno rano 90, wieczór 98. Leczenie jak w przyp. 1 od 26/1 do 30/1 płukanie z *Kal. chlor.* 30/1 1881 zdrowa opuściła szpital.

8) Jan Brysiewicz, lat 14 liczący, z Tarnowa, 4 dzień choroby, przybył do szpitala dnia 3/2 1881, usadowienie choroby jak w przyp. 6, białka w moczu nie ma. Ciepłota dnia 3/2 wieczór 40.0, tętno wieczór 130; ciepłota dnia 4/2 rano 39.0, wieczór 39.2, tętno rano 120, wieczór 128; ciepłota d. 5/2 rano 38.0, wieczór 38.5, tętno rano 108, wieczór 116; ciepłota dnia 6/2 rano 37.6, wieczór 37.9, tętno rano 92, wieczór 96. Leczenie jak w przyp. 4, płukanie z *Kal. chlor.* 8/2 1881 zdrów opuścił szpital.

Z 22 przypadków dyfteryi, leczonych wodochloranem pilokarpinowym w praktyce prywatnéj, z tych 4 u dorosłych a 18 u dzieci wieku od 1 do 13 lat, wyzdrowiało 21 chorych a tylko 1 umarł. Był to chłopczyk $1\frac{1}{2}$ letni, u którego obok wysokiéj gorączki 40.1 i zajęcia wypociną obu migdałów, pomocy lekarskiéj dopiero w 3 dniu choroby wezwano. W przypadku tym mimo ciągłego używania wodochloranu pilokarpinowego i przemywania gardła rozczynem chloranu potasowego migdały i gruczoły limfatyczne podszczękowe obrzmiewały z każdym dniem więcéj a gorączka tak się wzmagała, że ostatecznie, skutkiem wyczerpnięcia sił, 7 dnia choroby, kres życiu położyła.

Mając przed oczyma powyższe zestawienie, gdzie usadowienie się, rodzaj wypociny i wysoki stopień gorączki obok braku jakiejkolwiek wysypki stanowczo za istnieniem dyfteryi przemawia, zważywszy, że z 30 przypadków dyfteryi leczonych pilokarpinem wyzdrowiało 28 a umarło tylko 2, przy uwzględnieniu téj okoliczności, iż w Tarnowie od 7 października 1880 do 1 lutego 1881 r. 40 dzieci na dyfteryję umarło, Drowi Guttmannowi, który pierwszy użył pilokarpinu w dyfteryi i wyniki swych doświadczeń ogłosił, należy się od ludzkości rzetelne uznanie.

Zakończam na tém własne doświadczenia z pilokarpinem nadmieniając, że obok ślinotoku i potów we wszystkich 30 przypadkach nie spostrzegłem znaczniejszego rozszerzenia żrenicy, tudzież że po każdéj dawce leku podawałem wino, przez co ani wymiotów, ani téż nudności nie dostrzeżono, opierając się na sposobach leczenia dyfteryi kalomelem, dość często przez dawniejszych lekarzy zalecanym, który chociaż wzmacniał obfity ślinotok, nie dawał jednakże tak pomyślnych wyników jak po zastósowaniu pilokarpinu, sądzę, że wodochloran pilokarpinowy, działający przeważnie na nerw współczulny, posiada własność niszczenia zarodników dyfteryi.

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. Alfred Graefe: **O leczeniu zapaleń spojówki za pomocą środków żrących i przeciwgnilnych z szczególném uwzględnieniem śluzoropotoku u noworodków.**

Kreśląc w krótkim zarysie leczenie rozmaitych postaci zapalenia spojówki zgodnie z dzisiejszym stanem nauki autor pragnie przysłużyć się przedewszystkiém lekarzom praktycznym. Pomijając nieżyt w różnych jego odcieniach zastanawia się G. nad trzema ciężkiemi postaciami zapalenia spojówki, jakoto nad śluzoropotokiem, zapaleniem błonicowo-

dławcowém i jaglicowém i nad właściwém każdéj z tych postaci obrzmieniem spojówki. W śluzoropotoku odznacza się ono mocnym napływem krwi i surowiczém przesiąknięciem tkaniny spojówkowéj i podspojówkowéj, cechuje je więc soczystość. Wydzielina chorobowa jest z początku surowiczą, późniéj czysto ropną. W postaciach błonicowo-dławcowych przeciwnie mamy do czynienia z przesączyną łatwo krzepnącą. Jeżeli ona, jak w zapaleniu dławcowém (*Croup*), wydziela się li tylko na powierzchnię i pokrywa ją błonami, to obrzmienie spojówki nie różni się zazwyczaj jakościowo od obrzmienia w śluzoropotoku, bywa tylko mniéj soczystém. W właściwém natomiast zapaleniu błonicowém (*Diphtheritis*) spojówka i tkanka podspojówkowa naciekła jest łatwo krzepnącemi produktami zapalnemi, a obrzmienie jest skutkiem tego tęgie, zbite, w najwyższych zaś stopniach deskowato twarde. Krążenie krwi jest mocno utrudnione, na powierzchni spojówki ukazują się więc liczne włosowate wynaczynionki, a spojówka przybiera brudne, szarawe zabarwienie jako wyraz nacieku włóknikowego i obumierania tkanin, które ostatecznie zbliznowacenie spojówki sprowadza. Wydzielinę składają komórki ropy pomięszanéj ze skrzepłemi, strzępkowatemi rozpadkami (*detritus*). Zapalenie jaglicowe wreszcie cechuje się wytwarzaniem właściwych ziarn jaglicowych wśród obrzmienia zapalnego, spokrewnionego raczéj z obrzmieniem nieżytowém lub śluzoropotokowém, aniżeli błonicowém. Śluzoropotok zawdzięcza swoje powstanie prawie wyłącznie przeniesieniu na spojówkę wydzieliny ropnéj podczas porodu, jako też wydzieliny rzeżączkowéj; śluzoropotok u noworodków i śluzoropotok rzeżączkowy dorosłych są téż głównemi reprezentantami téj postaci zapalenia spojówki, mianowicie zaś pierwszy z nich z tego powodu, ponieważ noworodki małą mają skłonność do zapalenia dławcowego i błonicowatego (*diphtheroid*), a prawdziwéj błonicy prawie nigdy nie ulegają. Po przeniesieniu wydzieliny śluzoropotokowéj, a zwłaszcza rzeżączkowéj, na spojówkę człowieka dorosłego wybuchają już częściéj zapalenia błonicowe i błonicowate. Z tego powodu mówiąc o leczeniu śluzoropotoku autor ma głównie na myśli śluzoropotok u noworodków.

Zasady leczenia śluzoropotoku były do niedawna, a po części są do dziś dnia, bardzo chwiejne. Wielu lekarzy sądzi, że wystarcza tutaj utrzymywanie czystości i pilne oddalanie wydzieliny, inni mniemają, że dość jest stosować chwilowo okłady zimne lub ciepłe, a jeszcze inni, że poprzestać można na zapuszczaniu środków ściągających lub tinktury makowca, albo rozczynu azotanu srebrowego, z którego stężenia nie zdają sobie tak samo sprawy, jak z jedynie odpowiedniego sposobu stósowania tego środka. A przecież nie ma wydarzać się mimo takiego niedbalstwa nigdy zakończenie niepomyślne! Temu twierdzeniu sprzeciwia się atoli doświadczenie okulistów, którzy mają sposobność spostrzegać wielu takich chorych, a między nimi i ofiary tych rzekomych „metod“ leczenia. Ayres zestawia 100 przypadków śluzoropotoku u noworodków leczonych (azotanem srebrowym) od samego początku choroby w szpitalu Cincinata ze 100 innemi, które tamże w różnych okresach choroby przyniesiono. W pierwszych nie wydarzyło się cierpienie rogówki ani razu; z ostatnich zaś było tylko 58 przypadków wolnych od tego następstwa, 6 w których na obu oczach, a 5 w których na jedném oku przyszło do zupełnéj utraty wzroku. Nie chcąc, aby to sprawozdanie przybrało zbyt wielkie rozmiary, pomijamy przytoczoną przez autora statystykę własną tudzież Hirschberga a nadmienimy, że zwiedzając zakład ciemnych w Saksonii znalazł tamże 75% wychowańców, których śluzoropotok już jako noworodków wzroku pozbawił. Wprawdzie u większości noworodków śluzoropotok kończy się pomyślnie mimo leczenia nieodpowiedniego, ale te 10 do 15%, w których oczy niszczeją zupełnie albo odnoszą mniéj więcéj ciężkie uszkodzenie wzroku skutkiem wrzodów rogówkowych, powinnoby rozczarować lekarzy z błogiego złudzenia co do niewinności téj zgubnéj choroby, a to témbardziéj, że rozporządzamy tak dzielnym sposobem leczenia, który stanowi jednę z niespożytych zasług nieśmiertelnego Graefego. Tém smutniejszego doznał téż autor wrażenia z rozpraw na Zjeździe okulistów w Heidelbergu słysząc, jak niektórzy członkowie z niepojętą lekkomyślnością odzywali się o téj zdobyczy sumiennych i głębokich studyjów. Tym sposobem jest przyżeganie azotanem srebrowym. Autor opisuje działanie tego środka kreśląc znane trzy okresy, które spojówka po zapędzlowaniu 2 do 4% rozczynem przebywa. Po okresie reakcyi czyli nasilenia wszystkich objawów zapalenia, następuje okres drugi, w którym się strup odłącza pod wpływem obfitéj przesączyny surowiczéj, skutkiem czego naczynia spojówki się wypróżniają, a wszystkie objawy zapalne folgują. Po tym okresie zwolnienia następuje znów trzeci okres nasilenia. Niebezpieczeństwo przyżegania polega więc na pierwszym, działanie zbawienne na drugim okresie. Skutku pomyślnego oczekiwać więc można tylko tam, gdzie na odłączenie się strupa liczyć można, a przyżegnięcie nie wywoła skutków szkodliwych tylko wtenczas, jeżeli strup odłączy się najdaléj po 1 do 6 godzinach. Warunkiem odłączenia się strupa jest soczystość spojówki, a przyżeganie jest tylko tam wskazane i obiecuje skutek pomyślny, gdzie obok wydzieliny ropnéj mamy do czynienia z obrzmieniem spojówki wywołaném przez przesączynę płynną, do krzepnięcia nieskłonną. Najodpowiedniejsze zastósowanie znajduje więc azotan srebrowy w śluzoropotoku, podczas gdy zapalenie dławcowe i błonicowate, a w najwyższym stopniu błonicowe, przeciwwskazują jego użycie.

Ale i w śluzoropotoku nie należy przyżegać spojówki, mimo wybitnéj jéj soczystości, w pierwszych 2 do 3 dniach, ponieważ w tym pierwszym okresie choroba może skutkiem przyżegnięcia przybrać cechę błonicowatą. W okresie tym poprzestajemy na stosowaniu okładów z wody lodowéj bez przerwy dzień i noc, a łączymy je z środkami przeciwgnilnemi. Co $^1/_2$ godziny rozwieramy szparę powiekową ostrożnie i spłukujemy spojówkę lub pędzlujemy ją 4% rozczynem kwasu borowego albo $1^1/_2$ do 2% rozczynem kwasu karbolowego. Od 3go lub 4go dnia choroby przyżeganie bywa zazwyczaj na miejscu, a należy je uskuteczniać z początku słabszym (około $1^1/_2$%) rozczynem celem wypróbowania, jak je spojówka znosi. W razie pomyślnym przechodzimy już nazajutrz do rozczynu 2 do 3%. Przyżeganie odbywa się w ten sposób, żeby cała spojówka, po równoczesném odwinęciu obu powiek, zetknęła się jednostajnie z rozczynem, po czém spłukać je należy po użyciu 2% rozczynu wodą zwyczajną, po silniejszym zaś rozczynie wodą słoną. Po przyżeganiu autor nalega na stosowanie zimnych okładów przez cały okres reakcyi t. j. $1^1/_2$ do 2 godzin. Po zupełném odpadnięciu strupa autor radzi zakładanie opaski uciskowéj z waty karbolowéj na kilka godzin; ma ona zmniejszać obrzmienie powiek i opaźniać początek okresu nasilenia, autor zaleca ją gorąco szczególnie w przypadkach groźnych

cierpień rogówki. Powtórne przyżegnięcie nie powinno być przedsięwzięte, póki przybłonek się nie odrodzi, ale też i nie odraczane do czasu kiedy nasilenie dojdzie do dawnéj wysokości. Obu wskazaniom czyni się zadość przyżegając raz na dobę, z wyjątkiem zaniedbanych lub niezwykle uporczywych przypadków z mocném obrzmieniem przerostowém, w których dwa razy na dobę przyżegać trzeba. Po osiągnięciu wyraźnego polepszenia dość jest przyżegać co drugą dobę, a wkrótce przyżegania zaniechać. Cierpienia rogówkowe nie przeciwskazują przyżegania, zbawienie oka ciężko przez nie zagrożonego zawisło owszem częstokroć od ścisłego zachowania skreślonych zasad leczenia.

W przypadkach mięszanych, tj. w śluzoropotoku z cechą błonicowatą lub dławcową, przeciwwskazane jest przyżeganie a nie pozostaje nam nic innego jak stosowanie środków przeciwgnilnych, chociaż z mniejszą nadzieją skutku pewnego. Okłady z wody lodowéj i przepłukiwanie spojówki $1\frac{1}{2}$ do 2% rozczynem kwasu karbolowego lub 4% kwasu borowego są tutaj głównemi środkami, a stosowanie ich takie jak wyżéj podano. Szczególną wagę przywięzuje tutaj autor do dokładnego oddalania zlogów dławcowych lub błonicowatych ze spojówki przed obfitém jéj spłukaniem rozczynem przeciwgnilnym. Raz lub dwa razy na dobę przerywać należy to leczenie na dwie godziny i zamykać oczy opatrzeniem z waty napojonéj rozczynem przeciwgnilnym. Tylko w przypadkach, w których ciepłota miejscowa nie jest wcale podwyższoną, o się nierzadko u dzieci nędznych wydarza, porzuca G. zimne okłady, a poleca chłodne z słabego rozczynu kwasu boro wego. Z nastaniem okresu śluzoropotokowego przechodzić należy do przyżegania.

W przypadkach czystéj błonicy (*Diphtheritis*) stosujemy takie same leczenie z tą jednakże świadomością, że i najstaraniejsze postępowanie przeciwgnilne nie daje nam nawet téj pewności skutku jak w postaciach mięszanych. Zalecana tamże opaska uciskowa nie nadaje się tutaj wcale z powodu mocnego i twardego obrzmienia powiek. Autor daje pierwszeństwo okładom lodowym przed cieplemi. Rozcięcie zewnętrznego spojenia powiek ogranicza poniekąd zgubny wpływ obrzmiałych powiek na rogówkę. Przetworów rtęciowych używa autor zawsze jeszcze według przepisów Graefego, jeżeli nie ma szczególnych przeciwwskazań, a pod względem miejscowego stosowania rtęci na spojówkę według Wolfringa nie ma własnego doświadczenia.

W końcu zaleca autor środki przeciwgnilne w celu zaradczym w przypadkach, w których obok zaraźliwego zapalenia spojówki na jedném oku okażą się pierwsze przypady tego samego cierpienia na drugiém. W przypadkach takich spłukuje on, 2 do 3 razy na dobę, całą spojówkę po odwinięciu powiek przez 1 do 2 minut $1\frac{1}{2}$ do 2% rozczynem kwasu karbolowego i zakłada zaraz potém opaskę uciskową z waty napojonéj tym samym rozczynem, którą dopiero po 8 do 12 godzinach przy następném spłukiwaniu zmienia.

W ten sposób udaje się częstokroć zapobiedz wybuchowi zapalenia, poczém zaprzestać można spłukiwań przeciwgnilnych stosując daléj opaskę ochronną celem zapobieżenia ponownemu zarażeniu.

Autor zaleca daléj środki przeciwgnilne jako zaradcze w tych przypadkach, w których oczy na pozór jeszcze zdrowe znajdują się przecież w okresie wylęgania choroby po zarażeniu. Domysł taki usprawiedliwiony jest wtedy, jeżeli jedno oko dotknięte jest cierpieniem wybitnie zaraźliwém, nagabującém zazwyczaj oba oczy, tudzież wszędzie tam, gdzie z pewnością wiemy albo przypuścić możemy, że spojówka zetknęła się z wydzieliną zaraźliwą. W tém położeniu znajdują się niekiedy lekarze, a w ogólności noworodki, u których śluzoropotok powstaje skutkiem zetknięcia się spojówki z wydzieliną błony śluzowéj dróg rodnych podczas porodu. Pierwszy Schiess zalecał w r. 1876 leczenie noworodków zapobiegawcze za pomocą $\frac{1}{2}\%$ rozczynu kwasu karbolowego lub $\frac{1}{10}\%$ rozczynu tymolu. Credé pędzluje spojówkę noworodków 2% rozczynem azotanu srebrowego i zaleca następnie robić przez dobę okłady z 2% rozczynu kwasu salicylowego. Odkąd tak postępuje, nie wydarzył mu się, na 200 porodów, ani jeden przypadek śluzoropotoku, podczas gdy dawniéj ulegał mu każdy dziesiąty noworodek; u Olshausena odsetka śluzoropotoku u noworodków spadła z $12{,}5\%$ na 6% skutkiem leczenia zaradczego. Autor żąda, żeby w zakładach położniczych leczono zapobiegawczo wszystkich noworodków, a nietylko pochodzących od matek dotkniętych śluzotokiem części rodnych, i zaleca 2% rozczyn kwasu karbolowego, którym natychmiast po urodzeniu, jeszcze przed pierwszą kąpielą, radzi przemywać starannie powieki za pomocą waty karbolowéj. Po kąpieli należy całą spojówkę, po odwinięciu powiek, spłukać obficie tym samym rozczynem, proste bowiem zapuszczenie go nie daje pewności. Spłukiwanie powtarzać należy co 12 godzin przez pierwsze dwie doby. Co się tyczy postępowania Credégo autor obawia się słusznie, że przyżeganie spojówki jeszcze zdrowéj 2% rozczynem azotanu srebrowego może dać łatwo powód do wytworzenia się blizn w spojówce lub do powstania cierpień rogówki i sądzi, że $\frac{1}{2}$ do $\frac{3}{4}\%$ rozczyn oddać może pożądaną usługę, jeżeliby w ogólności używać chciano azotanu srebrowego w celu zaradczym. (*Sammlung klin. Vorträge von Volkmann* Nr. 192, str. 1576 do 1596). *Prof. Rydel.*

O szczelinach, rozpadlinach i wrzodach rzyci. Wykład Prof. Richeta.

(Dokończenie. Patrz Nr. 11).

Tak samo objawia się wrzód zołzowy z cechami owrzodzeń zołzowych. Towarzyszy im raczéj zwiotczenie a nie kontrakcyja rzyci tak, że niepodobieństwem jest pomięszać go z poprzedniemi odmianami.

Użycie środków lekarskich, przynoszące tak wielką korzyść w innych rodzajach szczeliny, nie ma najmniejszego skutku w szczelinie prawdziwéj. Okoliczność ta jest nader ważną.

Sposób leczenia szczeliny prawdziwéj najbardziéj używany podał Dupuytren, a późniéj Trousseau; polega on na używaniu równoczesnem albo naprzemian środków ściągających, opiatów i środków zwiotczających układ mięśniowy. Zaleca się ratanhę w lewatywach lub w maści albo tanin a to w celu szybszego zabliźnienia wrzodu szczelinowego. Do tego dołącza się opiata celem ukojenia bólu a zarazem *extr. belladon.*, aby zwolnić kurcz włókien mięsnych zwieracza. Chorzy bardzo często doznają ulgi, a nieraz nawet mają się za wyleczonych. Złudzenie to jednak trwa krótko, gdyż niezadługo cierpienia powracają jeszcze większe niż przedtém.

Środki rozmiękczające, kąpiele, lód również nie skutkują trwale.

Ten sposób leczenia, użyty przeciwko szczelinie krwawnicowéj, nietylko uspokaja boleści, lecz nieraz radykalnie znosi chorobę. Osobliwie po użyciu lodu, który równocześnie działa na przyczynę owrzodzenia czyli na krwawnice, na

owrzodzenie i na drażliwość zwieracza. Użycie równoczesne beladony i *extr. opii aq.* w czopkach przyspiesza ten pomyślny wynik.

Tego sposobu leczenia nie można użyć ani przeciw szczelinom lub rozpadlinom kiłowym ani przeciw wrzodom zołzowym, tu bowiem jedynie skutecznėm jest leczenie cierpienia ogólnego.

Leczenie chirurgiczne szczeliny prawdziwėj różni się również od leczenia szczeliny krwawnicowėj.

Osoby cierpiące na krwawnice z owrzodzeniami lub szczelinami między fałdami promienistemi rzyci doznają boleści tylko przy oddawaniu kału i to nie zawsze; przedewszystkiém bowiem, gdy stolce są żółciowe, ostre i drażnią powierzchnię owrzodziałą. Zupełnie przeciwnie dzieje się u osób dotkniętych szczeliną prawdziwą, gdyż oddawanie stolca tylko wtedy nie sprawia im żadnego bólu lub tylko bardzo mały, jeżeli biorą na przeczyszczenie lub jeżeli stolce pojawią się wolne. Pochodzi to ztąd, że przy szczelinach krwawnicowych ściągnięcie się bolesne zwieracza nastaje albo powoli, albo niekiedy nigdy nie nastaje, podczas gdy przy szczelinie prawdziwėj występuje ono prawie bezpośrednio, gwałtownie i stale. Przy szczelinach krwawnicowych pojedynczych utrzymywanie w czystości, lód, maści ściągające będą miały wielkie powodzenie i zapobiegną ściągnięciu się zwieracza; przy szczelinach powikłanych z kontrakturą bolesną zwieracza, która nigdy nie jest rzeczywistą kontrakturą, udaje się ją usunąć środkami rozmiękczającemi i narkotykami w połączeniu ze środkami ściągającemi.

Leczenie chirurgiczne musi być dla tych dwóch odmian szczelin odmienne. Przy szczelinie krwawnicowėj znosząc kontrakturę usuwa się tylko powikłanie choroby; krwawnice istniejące dalėj wywołają wcześniėj czy późnėj ściągnięcia się mniėj lub więcėj bolesne zwieraczy. Przy szczelinie prawdziwėj zaś zniósłszy kontrakturę można uważać chorobę za wyleczoną.

Richet przestrzega jak najmocniėj przed kauteryzowaniem szczeliny, po niém bowiem powstają bóle szalone, do utraty przytomności doprowadzające.

Operować radzi szczelinę prawdziwą sposobem Bayera, to jest przez przecięcie zwieracza wraz z błoną śluzową. Zwieracz rzyci przecina się w miejscu, gdzie jest przecięcie najłatwiejszém, to jest po bokach rzyci, a nigdy ani ku przodowi ani ku tyłowi uważając jak najbardziėj, aby ani jedno włókno nie uszło przecięcia, gdyżby recydywa łatwo nastała. Blandin zalecił przecięcie podskórne zwieracza, a Récamier podał rozciągnięcie (*dilatatio)* zwieracza jako środek daleko pewniejszy, bardziėj pojedyńczy i mniėj niebezpieczny niż przecięcie podskórne. Samo rozciągnięcie zwieracza nie wyleczy szczeliny, zwieracz skurczony należy koniecznie wtedy rozerwać; o tyle nazwa tego sposobu operowania jest nieodpowiednią, chyba że się go nazwie *dilatatio usque ad rupturam.*

Takie rozdarcie zwieracza nie zawsze jest możebne i nie zawsze leczy radykalnie szczelinę; często po rozdarciu koniecznėm jest przeciąć zwieracz. Rozdarcie robi się w ten sposób: Wprowadza się stopniowo do rzyci palec wskazujący, średni i czwarty obu rąk; odwraca je na zewnątrz tak, aby strona dłoniowa zwróconą była do guzów kulszowych, zagina w hak, aby zahaczyć zwieracz, wreszcie rozciąga silnie na zewnątrz aż do dotknięcia się powierzchni wewnętrznėj kości kulszowėj. Po największėj części czuje się wyraźnie przerywanie się zwieracza, niekiedy jednak zachodzi wątpliwość pod względem rozdarcia się; wtedy należy, zanim znieczulenie chloroformowe ustąpi, powtórzyć cały akt tak samo; jest on bardzo krótki i trwa zaledwie pięć sekund.

Po takiém rozdarciu nigdy nie nastaje niemożność zatrzymania kału. Czasem, lecz i to bardzo rzadko, zachodzi późniėj potrzeba otwarcia ropnia w *cavum ischio-rectale,* który się bardzo dobrze goi.

Ten sposób operowania jest najlepszym sposobem leczenia szczeliny rzytnėj z kontrakturą zwieracza.

Przy szczelinach lub wrzodach krwawnicowych, powikłanych z bolesném ściągnięciem się zwieracza, nie wystarczy samo rozszerzenie, albowiem krwawnice zostaną w tym samym stanie i wywołają niezadługo taki sam stan, jak był przed operacyją. Dla tego najlepiėj jest wykonać podczas jednego posiedzenia dwie operacyje: najpierw rozciągnięcie zwieracza bez rozdarcia, aby łatwiėj wynaleźć guzy krwawnicowe, potém wyciągnąć je na zewnątrz, przytrzymać drutem przepalonym, wreszcie kleszczykami gniotącemi i kauteryzującemi zniszczyć je, w kilku sekundach doprowadzając je do stanu kartki papieru zwęglonego. Szczelina zatém krwawnicowa powinna być leczoną jak same krwawnice a nie jak szczelina prawdziwa. *(France médicale* 1881 2 i 3). *Docent Dr. Pareński.*

Finch, Odenius, Tamassia: **O stężeniu przedśmiertném i pośmiertném.**

Gdy w roku przeszłym Dr. Krobicki ogłosił w tygodniku naszym (Nr. 19) przypadek śmierci pozornėj ze stężeniem jakoby pośmiertném, obserwowany w szpitalu lwowskim, zdawało się, że to pierwszy przypadek tego rodzaju. Tymczasem jeszcze w r. 1879 ogłosił był Finch (w Nrze 23 *Lancetu* p. 832) przypadek, tyczący się kobiety 65-letniėj, która od dni 14 nie przyjmowała pokarmów i używała tylko małych ilości wyskoku i lupuliny, a która nagle uczuła trętwienie i zimno w odnogach dolnych, a nie mogąc utrzymać się na nogach musiała położyć się do łóżka. Lekarz znalazł znaczne oziębienie odnóg dolnych, bez obrzęku, oraz zupełne stężenie mięśniowe, tak że do zginania kolan bardzo wielkiėj wypadało użyć siły; w tętnicach udowych nie było tętnienia, igły wkłuwane w mięśnie nie wywołały ani bólu ani innego oddziaływania; wiązadła Pouparta stanowiły granicę między ciepłotą zwykłą a oziębieniem; na odnogach górnych tylko palce były zimne, wyraz twarzy jakby trupi, tony sercowe słabe, w tętnicach sprychowych puls z ledwie wyczuć się dawał, wydech cuchnący, język obłożony warstwą białą. Środki pobudzające pozostały bez skutku; wieczorem śpiączka, oddech przyśpieszony, zrywanie w odnogach górnych, zapad coraz większy, utrata przytomności i śmierć po północy. Sekcyja w 3 dni po śmierci uskuteczniona nie wykazała stężenia pośmiertnego, które ustąpiło już było w 2 godziny po śmierci; znaczne stłuszczenie serca, miażdżyca tętnic wieńcowych, łuku aorty i aorty zstępującéj, tętnice biodrowe i udowe napełnione skrzepami, błona wewnętrzna tych tętnic zdrowa. F. uznaje objawy, spostrzeżone w odnogach dolnych za życia, jako prawdziwe stężenie przedśmiertne, albowiem oziębienie i utrata elastyczności skóry wykluczają możebność kurczu nerwowego; stłuszczenie zaś serca znaczne i długie morzenie się utrudniły krążenie krwi w odnogach dolnych. Wydech cuchnący uważa autor jako podobny do trupiego i za pewną oznakę bliskiéj śmierci.

Odenius (*Nord. medicin. Archiv*, 1879, T. XI, Nr. 22) opisuje przypadek stężenia pośmiertnego, które wystąpiło bezpośrednio po śmierci, tak, że ułożenie trupa różniło się od zwykłego. Skutkiem przecięcia żyły szyjnéj zewn. prawéj i krwotoku człowiek pewien zmarł z własnéj ręki śmiercią nagłą. Przy sekcyi w $2\frac{1}{2}$ dnia po śmierci uskutecznionéj znaleziono obok ogólnéj niedokrewności znaczne stężenie we wszystkich mięśniach i uderzające ułożenie ramion. Ramię lewe było silnie przyciągnięte do boku, z którym przedramię zgięte tworzyło kąt nieco większy od prostego; ramię zaś prawe skierowane było naprzód pod kątem prostym, przedramię mocno zgięte ku ramieniu, tak że grzbiet ręki prawéj skierowany był ku mostkowi. O. przypuszcza, że samobójca w ostatniéj chwili uczynił ruch ku okolicy obrażonéj i że kurcz mięśni odnóg górnych utrzymał się i po śmierci, trwając aż do wystąpienia stężenia trupiego, które ramiona ustaliło w pozycyi raz przyjętéj.

Tamassia spostrzegał podobny przypadek w Pawii u osoby zmarłéj z tężca. Szczęki mocno ściśnięte, szyja lekko naprzód skierowana, kadłub zdawał się być lekko skrzywiony ku lewéj stronie; ramię prawe oddalone od klatki piersiowéj pod kątem prostym, przedramię lekko zgięte, a więc wiszące w oddaleniu 40cm. od klatki, palce mocno ściśnięte; ramię lewe zbliżone i równoległe do klatki, ale przedramię zgięte pod kątem prostym, pięść mocno ściśnięta. Odnogi dolne w zwykłém stężeniu. Ułożenie trupa więc przemawiać się zdawało za tém, że śmierć nastąpiła śród bardzo wielkiego napadu drgawkowego. (*Rivista sperim. di med. legale* VI, foss. 1 i 2).

(Przypadki podobne, już dawniéj opisane przez Brintona, Rossbacha, Falka itd., nazwane zostały przez Duboisa-Reymonda stężeniem osłupném. Porówn. Przegląd Lekarski z r. 1877, Nr. 19). *L. B.*

Wiadomości pomniejsze.

(T.W.) **Karbolan sodowy przeciw świądowi.** Przeciw uciążliwemu a nieraz uporczywemu swędzeniu na częściach rodnych i w przebiegu wyprysku poleca Delaporte (*Allg. med. Wien. Zeit.*) następującą wodę do mycia: Rp. *Natri phenylic.* 30,00 *Aq. colonien.* 90,00 *Glycer.* 120,00 *Aq. dest.* 360,00. Części cierpiące zmywa się gąbką zamaczaną w tym płynie wieczór przed pójściem do łóżka, a jeżeli potrzeba to i 2 razy dziennie. W razie wyprysku należy po zmyciu miejsca cierpiące posmarować jeszcze maścią złożoną z kwasu borowego i waseliny.

(T.W.) **Extractum Sarsaparilae compositum, lek przeciwkiłowy.** Według Anthoffera, sekundaryjusza na oddziale prof. Zeissla w Wiedniu, który z przetworem tym robił liczne doświadczenia na chorych (*Allg. Wien. med. Z.* Nr. 8 i 9) znajdzie odtąd *Extr. Sarsap. comp.* stale pomieszczenie w rzędzie leków przeciwkiłowych. Wyrabiany w fabryce Adolfa Richtera i Spółki Rudolstadt jest wyciągiem wodnym z korzenia sarsaparyli, drewna kilogubnego, drzewa sasafrzanowego i korzenia chinowego z małym dodatkiem cukru, wyskoku i olejku eterycznego z migdałów gorzkich i olejku Nerola, jest koloru jasno-brunatnego, ma smak słabo gorzki, aromatyczny, przyjemny w użyciu i pobudza apetyt. Pominąwszy tę okoliczność, że zastąpi niewygodne a przytém drogie odwary Zitmana, zaleca A. prócz tego przetwór niniejszy, na podstawie licznych doświadczeń, w kile następowéj: 1) u osób słabowitych i niedokrewnych, 2) u dzieci, 3) u kobiet zwłaszcza z blednicą, 4) jako lek popierający dzielnie leczenie rtęciowe, gdyż w kilku przypadkach wystarczyło przy używaniu tego środka 8—10 wcierań szaruchy do zupełnego usunięcia kiły wtórorzędnéj, 5) osobliwie zaleca się chorym dla dokończenia leczenia rtęciowego i jodowego. Podaje się go rano i wieczór od 1—2ch łyżek naraz, dzieciom o połowę mniéj bez względu na dyjetę; żądać należy *Extr. Sarsaparil. comp. Richteri.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie II dnia 19go stycznia 1881 r.

Przewodniczący kol. Jordan. Członków obecnych 26.

1) Odczytano i przyjęto protokół z poprzedniego posiedzenia.

2) Wybrano członkami czynnymi Towarzystwa Dra Tonnera, lekarza sztabowego i Mag. farm. Markiewicza i Radlera; członkiem korespondentem zaś Dra Jentysa w Lublinie.

3) Kol. Przewodniczący zdając sprawę z czynności deputacyi w dn. 12 stycznia r. b. podczas obchodu 50-letniéj rocznicy doktoratu Prezesa Majera, przypomina, iż należałoby obmyśleć, w jaki sposób podczas Zjazdu uczcić czcigodnego Jubilata, tém bardziéj należy dbać o to, ażeby ta owacyja wypadła wspaniale, aby nie czyniono nam zarzutu, że ludzi krajowi i społeczeństwu zasłużonych nie umiemy czcić jak należy; kol. Prezes wnosi przeto: Towarzystwo Lekarskie Krakowskie poleci swemu komitetowi w porozumieniu z komitetem Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich zająć się stosownem uczczeniem Prezesa Majera ze strony ogółu lekarzy polskich podczas Zjazdu. Wniosek jednogłośnie przyjęto.

4) Kol. prof. Oettinger odczytuje dwa listy, w których Towarzystwo nasze dziękuje Towarzystwu Lekarskiemu warszawskiemu i Sekcyi lekarskiéj Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu za udział w pracy około Słownika lekarskiego polskiego. Treść wyżéj wymienionych listów w całości przyjęto.

5) Kol. prof. Domański wnosi imieniem komisyi wyznaczonéj w sprawie Słownika: aby bezzwłocznie przystąpić do druku Słownika, tak aby już w pierwszych dniach lipca mógł się ukazać i przedstawia w téj mierze odpowiedni elaborat, poczém nad każdym punktem z osobna wywiązała się ożywiona dyskusyja, w któréj brali udział koll: prof. Rydel, prof. Janikowski, prof. Domański, Warschauer, Obaliński, Zarewicz, Pieniążek, Rybczyński, Kohn i Ściborowski.

6) Kol. Obaliński podaje rezultat narad komisyi wyznaczonéj w celu zastanowienia się, w jaki sposób dałoby się wszystkich lekarzy krakowskich pod względem towarzyskim zjednoczyć; otóż po porozumieniu się z Kołem artystyczno-literackiém zaleca kol. Obaliński, ażeby lekarze wstąpili do tego Koła, jako członkowie wspierający, a znajdą tam obok zwykłych rozrywek kasyna wiele dzienników lekarskich do czytania; kol. Obaliński sądzi daléj, że czytelnia taka stanie się wkrótce punktem zbornym, w którym lekarze niejedną przyjemną chwilę z pożytkiem spędzić mogą.

7) Następnie kol. Kwaśnicki odczytał rzecz: „O ogólnych wskazaniach leczenia chorób zakaźnych“ (Rzecz ta była umieszczoną w Nrach 4 i 5 Przeglądu Lek.)

8) Kol. Ponikło podał następującą wiadomość o resorcynie. W ostatnich czasach robiono, mianowicie w Niemczech, doświadczenia fizyjologiczne i terapeutyczne z kilkoma środkami posiadającemi własności przeciwgnilne i przeciwgorączkowe. Najważniejsze z nich są resorcyn, hydrochinon i katechin przyswędkowy (*Brenzcatechin*). Z tych trzech najwięcéj dotąd uwagi zwrócił na siebie resorcyn. Przetwór ten należy do grupy hydroxylbenzolu, wzór chemiczny $C_6H_4(H_2O)$. Rozpuszcza się z łatwością we wszystkich płynach z wyjątkiem chloroformu i dwusiarczku węgla. Posiada woń cechującą, podobną do woni kwasu karbolowego i smak gorzko słodkawy. Ma własność strącania białka. Pokrewieństwo resorcynu z kwasem karbolowym skłoniło Andeera (*Centralbl. f. med. Wissensch.* 1880, Nr. 27. i Andeer, *Einleitende Studien über die Wirkung des Resor-*

cins, Würzburg 1880) do badania wpływu tego przetworu na sprawę rozkładu i gnicia. Jednoprocentowy rozczyn resorcynu ma wedle Andeera opaźniać sprawę kiśnienia: rozczyny więcéj zgęszczone zdolne są takową zupełnie powstrzymać, niszcząc grzybki drożdżowe.

W zetknięciu z błoną śluzową sprawia resorcyn zbielenie takowéj, przy dłuższém działaniu powierzchowną nekrozę. Podawany przez dłuższy czas wewnętrznie lub w dawkach wysokich, wywołuje przypady zatrucia, podobne do zatrucia ostremi truciznami, którym towarzyszą często drgawki i kurcze, lecz nigdy nie towarzyszy podniesienie ciepłoty. Rozbiory chemiczne wykazały, że resorcyn pomnaża znacznie wydzielanie się siarki z ustroju w postaci siarkanów. Mocz po zadawaniu resorcynu przybiera barwę oliwkowo-zieloną lub zielonawo-brunatną; na czém polega ta zmiana barwy, dla resorcynu stanowczo nie jest rozstrzygnięte; z analogii jednak przemiany kwasu karbolowego w ustroju jest wielce prawdopodobném, że resorcyn łączy się również w ustroju z kwasem siarkowym i jako związek sulfuroilowy, odpowiadający siarkanom eterowym, wydziela się drogą moczu. Oprócz tego ma się przemieniać w hydrochinon i brenzkatechin, a możebnie i w chinon, które ciała przyczyniają się do zciemnienia moczu na powietrzu.

Doświadczenia Andeera doprowadziły do następujących wniosków (p. Przegl. Lek. 1880 Nr. 33 sprawozd. Dra Wasylewskiego):

1) Resorcyn czysty, nawet w znaczném rozcieńczeniu (1%), posiada własność strącania białka z rozczynów tegoż. Z powodu téj własności działa zastosowany miejscowo w formie kryształów żrąco, z równąsilą jak azotan srebrowy, nie sprawiając jednak bólu.

2) Niszczy ruch prątków i niweczy grzybki, przez co może być korzystnie użyty jako środek przeciwgnilny przy przechowywaniu płynów łatwo rozkładających się np. moczu, krwi itp.

3) Na sprawę jednak fermentacyi działa resorcyn daleko słabiéj niż fenol i inne środki przeciwgnilne: rozczyny rozcieńczone są w stanie tylko opóźnić fermentacyją; do powstrzymania zupełnego téjże potrzeba użyć rozczynów znaczniéj zgęszczonych niż 2%.

Na podstawie tych doświadczeń poleca Andeer resorcyn jako środek do opatrywania ran (które mają się goić *per primam* pod wpływem tego przetworu), do płukań w przypadkach chorób grzybkowych jamy ustnéj, daléj w nieżytach przewlekłych żołądka, w nieżytach pęcherza moczowego, do leczenia wrzodów dyfterytycznych itp.

Lichtheim (*Centralblatt f. klin. Medicin* 1880, Nr. 23) badał wyłącznie działanie przeciwgorączkowe resorcynu. 2 lub 3 gramy resorcynu w rozczynie podane wewnętrznie sprawiały w kilku minutach zawrót głowy, szum w uszach i przyśpieszenie tętna. Po upływie 10 do 15 minut występowały silne poty. W godzinę po podaniu resorcynu ciepłota spadała o 2—3 stopni C., równocześnie z ustąpieniem potów. Działanie to przeciwgorączkowe było jednak tém słabsze, im większą była skłonność do dobrowolnéj remisyi. W przypadkach zapalenia płuc i róży spadek ciepłoty był mniéj wybitny, niż w durze; w ciężkich, z wysoką gorączką przebiegających, przypadkach działał resorcyn słabiéj niż w lżejszych. Działanie przeciwgorączkowe stało zwykle w prostym stosunku z działaniem napotném i trwało krócéj niż po użyciu kwasu salicylowego lub chininu. Po upływie 2 do 3 godzin ciepłota podnosiła się zwykle do wysokości dawnéj. Wprawdzie w przeważnéj liczbie przypadków nie było żadnych niekorzystnych przypadów ubocznych, lecz czasem występowały majaczenia i drgawki. Resorcyn nie okazał, wedle doświadczeń Lichtheima, żadnego swoistego wpływu na przebieg zapalenia płuc, róży i duru; w gośćcu stawowym ostrym okazał się zupełnie bezskutecznym. W kilku przypadkach zimnicy działał korzystnie równie na przebieg gorączki, jak na zmniejszenie się obrzęku śledziony.

Brieger (*Centralbl. f. med. Wiss.* 1880 Nr. 37.) podaje wyniki zupełnie zgodne z wynikami doświadczeń Lichtheima, lecz przypisuje nadto resorcynowi działanie równie znakomite na powstrzymywanie sprawy kiśnienia.

W miesiącu grudniu 1880 doświadczano w kilku przypadkach w klinice lekarskiéj prof. Korczyńskiego skuteczności resorcynu.

1) M. R. dziewczyna 16-letnia, *Tumor lienis malaricus.* Śledziona znacznie powiększona, wymiar podłużny 13,5cm. wymiar poprzeczny 10cm. Ciepłota prawidłowa. Podawano resorcyn 2 razy dziennie po 2,00 przez 5 dni, w celu przekonania się czy będzie działać korzystnie na obrzęk śledziony. W 1—2ch godzin po podaniu resorcynu następował spadek ciepłoty prawidłowéj o 0,2°—0,6°C. trwający około 1—2 godzin. W rozmiarach jednak obrzęku śledziony nie zaszła żadna zmiana.

2) Elżbieta W. lat 14. *Meningitis cerebrospinalis.* Ciepłota była mierzona bez podania resorcynu co 2 godziny. Stwierdzono, iż dochodzi swego szczytu między godziną 1szą a 3cią. Podano tedy nazajutrz między godziną 11 a 12tą 2,00 resorcynu. W pół godziny nastąpił silny ból głowy, nudności, szum w uszach; ciepłota nie obniżyła się zupełnie, lecz wynosiła aż do godziny 6éj wieczór 39,0—39,5. Toż samo doświadczenie powtórzono 4 razy w następujących dniach, lecz nie dostrzeżono żadnego obniżenia ciepłoty.

3) N. J. mężczyzna lat 26. *Rheumatismus articulorum acutus.* Gorączka zwalniająca dochodząca do 39,5°C. Podawano co 2 godziny po 1ym gramie resorcynu (chory wyżywał w ten sposób do 8,00 resorcynu dziennie). Nie uzyskano jednak żadnego wpływu korzystnego ani na przebieg gorączki ani na cierpienie stawów.

4) W. M. mężczyzna lat 26. *Typhus abdominalis.* W dniu 8mym choroby poczęto podawać resorcyn po 2,00 do 3,00 na dawkę na 1½ godziny przed spodziewaną eksacerbacyją popołudniową. Ciepłotę notowano co 2 godziny. Spostrzeżono każdego dnia w godzinę po podaniu resorcynu znaczne obniżenie ciepłoty i tętna od 1° do prawie 3°C. wynoszące. Gdy np. ciepłota o godz. 4éj popoł. wynosiła bez podania resorcynu 40°C. i wyżéj, zdołano ją obniżyć na 38°C. W trzech dniach podano resorcyn o g. 9éj rano, w celu przekonania się, czy równie korzystne okaże się działanie na ciepłotę już dobrowolnie zwalniającą. Każdego dnia uzyskano w godzinę po podaniu resorcynu spadek do ciepłoty prawidłowéj lub nawet subnormalnéj, i tak np. z 38,7 na 36,4 z 38,6 na 36,7. Spadek ten ciepłoty jednak trwał każdorazowo zaledwie 1½ do 2ch godzin, poczém ciepłota wracała do wysokości pierwotnéj.

Mocz badany w przypadku 3cim gośćca stawowego, w którym resorcyn był bez skutku, wykazał ilość siarkanów bezpośrednio z moczu strącalnych znacznie zwiększoną, kwasu siarkowego zaś w złączeniu z resorcynem tylko nader małą ilość; w przypadku zaś 4tym duru brzusznego, gdzie przetwór w mowie będący tak znakomicie przeciwgorączkowo działał, wprawdzie i siarkany bezpośrednio z moczu strącalne były zwiększone, lecz nadto znachodziła się bardzo znaczna względnie ilość połączeń sulfuroilo-resorcynowych, z czego możeby można wnosić, że skuteczne działanie resorcynu w tym przypadku zawisło od téj okoliczności, że resorcyn z powodu sprzyjających warunków danego ustroju lub istoty sprawy chorobowéj mógł przebiedz wszystkie fazy swéj przemiany w ustroju. Gdyby to samo zachowanie się resorcynu stwierdziło się w innych przypadkach, byłoby to piękną ilustracyją związku chemizmu tego ciała z działaniem jego przeciwgorączkowém. W obu przypadkach mocz był ściśle umiejętnie badany w pracowni prof. Stopczańskiego, który łaskawie zwrócił uwagę na tę okoliczność.

Z wspomnianych zatém 4ch przypadków działał resorcyn korzystnie, chociaż przemijająco, tylko w przypadku ostatnim duru brzusznego. Przeciw gorączce w przypadku zapalenia opon mózgowych i ostrego gośćca stawowego okazał się zupełnie bezskutecznym. Również nie wpłynął korzystnie na zmniejszenie obrzęku śledziony w 1ym przypadku.

Wyniki te podajemy niniejszém do wiadomości szanownych kolegów jako doniesienie tymczasowe, pozostawiając bliższe ocenienie tego środka dalszym i liczniejszym doświadczeniom.

9) Tenże wspomniał pokrótce o innym leku poleconym z początkiem roku 1880 przez lekarzy angielskich przeciw nerwobólom w ogóle, zwanym *tonga* (p. Przegl. Lek. 1880, Nr. 12). Lek ten był używany w klinice ruchoméj i stałéj w kilkunastu przypadkach w nerwobólu nadoczodołowym, nerwu trójdzielnego, w bólu głowy połowiczym, w nerwobólu nerwu kulszowego; jednak w żadnym z tych przypadków, mimo próbowania dawek nawet przekraczających podane przez lekarzy angielskich, nie dostrzeżono widocznego polepszenia. Próby te w obec wysokiéj ceny tego środka mało zachęcają do dalszych doświadczeń. Dziwne jednak, że sprawozdania lekarzy angielskich od czasu do czasu

w dziennikach podawano (p. *Lancet* 1880, I, 22. *Lush* i *ibidem* II, 23, *Christy*) brzmią korzystnie dla tongi. Być może, że lekarze ci mieli pod ręką przetwór lepszy, a może jedynie prawdziwy?

Dyskusyję nad oboma odczytami dla spóźnionéj pory odłożono do następnego posiedzenia. *Dr. Stanisław Balicki*
Sekretarz.

V. Pogląd na śmiertelność większych miast Galicyi w r. 1879 i 1880.

Przez Dra Józefa Merunowicza
lekarza powiat. przy c. k. Namiestnictwie.

W początku r. 1879 zarządziło c. k. Namiestnictwo, na wniosek kraj. Rady zdrowia, aby lekarze miejscy przedkładali tygodniowe wykazy o śmiertelności z miast liczących powyżej 15.000 ludności, i to wedle wzoru obecnie w całéj niemal Europie używanego.

Kwartalne zestawienia tych wykazów za r. 1879 i 1880 były umieszczane w swoim czasie, już to w Dwutygodniku już to w Przeglądzie, a ograniczałem się wówczas z umysłu do podawania nagich cyfer, gdyż materyjał był zbyt szczupłym, aby jakiekolwiek wnioski wysnuć z niego można było. Obecnie wszakże po świeżo dokonanym spisie ludności porównawcze zestawienie cyfer z obu lat z obliczeniem w innych miastach (zwłaszcza niemieckich) jest tak pouczającem, że zasługuje ze wszech miar na większą uwagę.

W ciągu roku 1880 zmarło w dziewięciu większych miastach Galicyi (mianowicie we Lwowie, Krakowie, Brodach, Drohobyczu, Kołomyi, Przemyślu, Stanisławowie, Tarnopolu i Tarnowie) 12.507 osób, a ponieważ w tych miastach znajduje się, według obliczenia z 31 grud. 1880, 328.811 mieszkańców, wypadnie wykładnik śmiertelności na 1.000 mieszkańców i na rok 38·0, gdy w r. 1879 umarło tylko 10.538 co odpowiada stosunkowi na rok i 1.000 mieszkańców 34·8, a zatem śmiertelność wzmogła się o 3·2 na 1.000. W wszystkich większych miastach niemieckich liczących wyżej 15.000 ludności wynosiła śmiertelność w r. 1877 i 1878 tylko 27·0 na 1.000 a w r. 1879 26·6 na 1.000. (*Veröffentlichungen des kais. deutschen Gesundheitsamtes*).

Główną przyczyną śmierci były choroby narządu oddechowego, gdyż w r. 1880 zmarło 4.069 osób czyli 32·5% na sto zmarłych, w szczególności zaś suchoty płuc były prawie w 15tu przypadkach na sto przyczyną śmierci; w drugim rzędzie były główną przyczyną śmierci choroby zakaźne, gdyż w r. 1880 zmarło z tej przyczyny 2.169 osób czyli 17·30% (w szczególności z płonicy 4·51%, z błonicy i dławca 4·49%, z ospy 2·43%, z tyfusu brzusznego 1·82%, z odry 1·68%). W r. 1879 zaś stanowiły choroby narządu oddechowego 30·12% ogólnéj liczby zmarłych (w tém suchoty płuc 14·4%), choroby zaś zakaźne 17·34% (w szczególności zmarło z dławca i błonicy 5·87%, z odry 4·54%, z krztusca 2·13% z tyfusu brzusznego 1·88%, z płonicy 1·11%). W roku 1880 umarło zatém w porównaniu z r. 1879 więcéj o 2% z chorób narządu oddechowego, natomiast stosunek zmarłych z powodu suchot i chorób zakaźnych nie zmienił się; z ospy i płonicy zmarło w r. 1880 więcéj, natomiast mniéj z odry i błonicy. W miastach niemieckich wynosił stosunek zmarłych z powodu chorób narządu oddechowego w r. 1877: 26·8%, z powodu suchot płuc 13·8%, w r. 1878: 23·8%, z suchot płuc 13·6%, w r. 1879: 23·0%, z suchot płuc 13·4%; z chorób zakaźnych w r. 1877: 12·12%, w r. 1878: 11·24%, w r. 1879: 10·5%, a zatém zmniejsza się statecznie w tych miastach śmiertelność tak z powodu chorób narządu oddechowego (z suchot płuc) jak niemniéj z powodu chorób zakaźnych. Porównanie zaś stosunków zdrowotnych miast naszych z właśnie co podanemi cyframi wskazuje dostatecznie, o ile są nasze stosunki niekorzystniejsze.

Co do wieku zmarło w r. 1880 dzieci niżej roku 3.205 czyli 25·7%, od roku do lat pięciu 2.184 czyli 17·4%, razem zaś dzieci do lat pięciu 5.398 czyli 43·1% z ogólnéj liczby zmarłych. W porównaniu z r. 1879 zmniejszył się w r. 1880 stosunek śmiertelności dzieci o 1·7%, gdyż w r. 1879 zmarło dzieci do 5 lat 4.721 czyli 44·8% a szczególniéj zmniejszył się stosunek w rubryce dzieci niżéj roku, natomiast wzmógł się nieco w drugiéj rubryce od roku do lat pięciu. Według obliczenia do liczby ludności, zmarło na 10.000 mieszkańców naszych miast dzieci do lat pięciu w 1880 r. 162, w 1879 r. tylko 146, a zatem śmiertelność dzieci była większą w r. 1880. W miastach zaś niemieckich zmarło na 10.000 mieszkańców w r. 1877 dzieci do lat 5 140, w 1878 r. 139, w 1879 r. 133, przeto mniéj jak w naszych miastach; natomiast stosunek zmarłych dzieci do ogólnéj liczby zmarłych jest w Niemczech wyższym, wynosił bowiem w 1877 r. 52·1%, w 1878 r. 51·83%, w 1879 r. 50·3%.

We Lwowie zmarło w r. 1880 osób 4.134, co w stosunku do 1.000 mieszkańców przedstawia stosunek 37·4, gdy w r. 1879 zmarło tylko 3.386 osób czyli 31·3 na 1.000. Z chorób zakaźnych umarło w r. 1880 tylko 10·1% z ogólnéj liczby zmarłych, w r. 1879 jeszcze mniéj, gdyż tylko 9·20%. Najwięcéj umiera we Lwowie z chorób narządu oddechowego, gdyż np. w r. 1880: 38% z wszystkich zmarłych, z tego jedynie z powodu suchot płuc 20·7% (czyli każdy piąty zmarły). Stosunek śmiertelności dzieci (niżéj lat 5) jest najkorzystniejszym z wszystkich naszych miast, wynosił bowiem w r. 1879: 38%, w r. 1880: 33·9%; na 10.000 ludności zaś zmarło w r. 1879: 119 dzieci, w r. 1880: 127.

W Krakowie umarło w r. 1880 osób 2.307 czyli 34·4 na 1.000, w roku poprzednim tylko 1.786 czyli 27·3 na 1.000 mieszkańców; z chorób zakaźnych zmarło 19·56% z ogólnéj liczby zmarłych, w r. 1879 zaś tylko 16·23%. Do chorób zakaźnych panujących w Krakowie należy ospa, z któréj umarło w r. 1880 osób 136 czyli 5·9%, w r. 1879 osób 94 czyli 5·26; z płonicy umarło w r. 1880 osób 119 czyli 5·1%. Stosunek śmiertelności dzieci należy także w porównaniu z innemi miastami nazwać korzystnym; wynosił bowiem w r. 1880: 39·1% z ogólnéj liczby zmarłych, w r. 1879: 35·5%; na 10.000 ludności umarło w r. 1879 tylko 97 dzieci do lat pięciu, w r. 1880 zaś 135.

W Brodach umarło w r. 1880: 662 osób, czyli 33·4 na 1.000 mieszkańców, w r. 1879: 586, czyli 29·7%. Z chorób nagminnych umarło tak w r. 1880 jak i w 1879 najmniéj z wszystkich miast naszych, stosunek bowiem wynosił 9·93% i 6·64% do ogólnéj liczby zmarłych. Śmiertelność dzieci (w obu latach 40·6%) jest nieco większą jak we Lwowie i Krakowie, lecz o wiele jeszcze niższą od średniéj cyfry wszystkich miast. Na 10.000 mieszkańców umarło dzieci do lat 5ciu w r. 1879 i 1880: 120 i 136.

W Drohobyczu umarło w r. 1880 osób 868 czyli 47·7 na 1.000 mieszk., w r. 1879 osób 882 czyli 48·8%. Z chorób zakaźnych zmarło w r. 1880 osób 182 czyli 20·91%, głównie z płonicy 87 osób czyli 10% ogólnéj liczby zmarłych, w r. 1879 umarło z chorób zakaźnych 25·67%, gdyż panowały w tém mieście odra 8·84%, błonica 6·23%, płonica 4·3% i tyfus brzuszny 4·08%. Śmiertelność dzieci jest

znaczną, gdyż w r. 1879 zmarło na 10.000 ludności 206 dzieci, w r. 1880: 229, w stosunku zaś do ogólnéj ilości zmarłych w r. 1879: 41%, w r. 1880: 48·0%.

W Kołomyi umarło w r. 1880 osób 1.144 czyli 46·3‰ mieszkańców, choroby zakaźne stanowią 28·3% wszystkich przyczyn, panowały bowiem w tym roku płonica 11·0%, ospa 8·2% i błonica 6·8%. Śmiertelność dzieci jest największą z wszystkich naszych miast wynosi bowiem 64·2% z ogólnéj liczby zmarłych. W r. 1879 był stosunek śmiertelności w ogóle o wiele korzystniejszym, wynosił bowiem tylko 35·5‰ mieszkańców, także liczba zmarłych z powodu chorób zakaźnych była mniejszą, lecz zawsze była ona wyższą od średniéj cyfry wszystkich miast. Na 10.000 mieszkańców umarło w r. 1879 dzieci do lat 5ciu 210, w r. 1880: 297, takiéj śmiertelności nie spotkałem w wykazach z miast niemieckich, gdyż np. w Monachjum umarło na 10.000 mieszkańców dzieci do lat 5ciu w r. 1878 i 9: 192 i 186, w Berlinie w r. 1877, 8 i 9 179, 185, 162, w Wrocławiu w tych samych latach 149, 169 i 160, w Dreznie 113, 112 i 117, w Frankfurcie nad Odrą w r. 1878 i 9 po 143, w Wircburgu w r. 1879 zaledwie 99, a zatém w żadném z wymienionych miast niemieckich nie umarło 200 dzieci na 10.000 ludności, podczas gdy w Kołomyi, Stanislawowie i Drohobyczu tak w r. 1879 jak i 1880 znacznie powyżéj 200 umarło.

W Przemyślu umarło w r. 1880 osób 619 czyli 28·1 na 1.000 mieszk., w r. 1879: 739 czyli 34·4‰. Z chorób zakaźnych umarło w r. 1880 tylko 11·36% z ogólnéj liczby zmarłych (głównie z błonicy 5·5%), w r. 1879 dochodził stosunek śmiertelności z chorób zakaźnych do 31·33% a mianowicie z odry 15·2%, z dławca i błonicy 7·33%, z tyfusu brzusznego 3·80%, z krztuśca 2·17%, z płonicy 1·76%. Także i choroby narządu oddechowego są w Przemyślu częstą przyczyną śmierci, i tak w r. 1879 umarło z téj przyczyny 223 osób, czyli 30·2%, w r. 1880 zaś 250 osób czyli 40·26% (z suchot płuc 23·7%). Śmiertelność dzieci jest znaczną, a zwłaszcza w r. 1879, w którym stosunek do ogólnéj liczby zmarłych wynosił 57·1%. Na 10.000 mieszkańców umarło w r. 1879: 196 dzieci do lat pięciu, w r. 1880: 177.

W Stanisławowie umarło w r. 1880 osób 868 czyli 47·9 na 1.000 ludności, w r. 1879 tylko 749 czyli 42·1‰. Czwarta niemal część wszystkich zmarłych w obu latach uległa chorobom zakaźnym (w r. 1879: 23·04%, w r. 1880: 23·14%), w r. 1879 głównie z błonicy 14·5% i z krztuśca 5·33%, w r. 1880 z błonicy 6·0%, z odry 5·5%, z płonicy 5·18%, z krztusca 2·53%, z tyfusu brzusznego 2·3%. Przeszło połowa wszystkich zmarłych były dzieci do lat pięciu (w r. 1879: 52·5%, w r. 1880: 52·7%). Na 10.000 ludności zmarło w r. 1879 dzieci do lat 5ciu 221, w r. 1880: 258, a zatém pod tym względem zajmuje Stanisławów drugie miejsce po Kołomyi w rzędzie naszych miast.

W Tarnopolu umarło w r. 1880: 825 osób, czyli 33·2‰ ludności, w r. 1879: 857 czyli 35·1‰; choroby zakaźne były w r. 1880 przyczyną śmierci w 15·3% ogólnéj liczby zmarłych, w r. 1879: w 17·94% a zatém około średniéj cyfry z wszystkich miast. W r. 1879 zmarło na 10.000 ludności dzieci do lat 5ciu 177, w r. 1880: 140, a w stosunku do ogólnéj liczby zmarłych umarło dzieci 50·3% i 47·1%.

W Tarnowie był r. 1879 pod względem śmiertelności pomyślnym, gdyż wykładnik śmiertelności wynosił tylko 29·4‰, z chorób zakaźnych zmarło tylko 8·10%, natomiast r. 1880 był bardzo niekorzystnym, gdyż śmiertelność równa się 45‰, z chorób zakaźnych umarło 320 osób czyli 29·6%. W r. 1879 zmarło na 10.000 mieszk. dzieci do lat 5ciu 121, w r. 1880 niemal dwa razy tyle 218.

Z powyższego zestawienia okazuje się dowodnie, że znaczna śmiertelność w naszych miastach pochodzi głównie z chorób narządu oddechowego i chorób zakaźnych, w których to obu grupach chorób można przez polepszenie stosunków higienicznych i przez zarządzenie energicznych środków zapobiegawczych śmiertelność bardzo znacznie obniżyć. (Dwa zestawienia tabelaryczne dołącza...).

Sprawozdanie o śmiertelności

w miastach Galicyi liczących nad 15.000 ludności od 1 stycznia 1880 do 31 grudnia 1880.

Nazwa miasta	Ludność według obliczenia w 31/XII 1880.	Liczba zmarłych bez nieżywo urodzonych	Stosunek zmarłych obliczony na 1000 mieszkańców i na rok	Wiek zmarłych: 1 rok	2—5 lat	6—20 lat	21—40 lat	41—60 lat	60 i wyżéj	wiek nieznany
Lwów	110 252	4134	37.4	679	634	369	758	805	796	2
Kraków	67.000	2307	34.4	466	437	16	429	428	342	2
Brody	19.804	662	33.4	204	65	203	69	108	169	—
Drohobycz	18.172	868	47.7	224	193	47	99	126	131	—
Kołomyja	24.662	1144	46.3	314	394	95	109	81	86	1
Przemyśl	21.984	619	28.1	239	51	132	65	106	109	—
Stanisławów	18.084	868	47.9	362	96	49	112	107	128	—
Tarnopol	24 847	825	33.2	291	98	73	95	131	134	3
Tarnów	24.006	1080	45.0	309	216	133	141	139	140	2
Razem	328.811	12507	38.0	3205	2184	1164	1877	2031	2035	10
Odsetki ogólnéj liczby zmarłych:				25 7	17 4	9.3	15.0	16 2	1624	0.08

Nazwa miasta	Przyczyna śmierci — Choroby zakaźne: Ospa	Odra	Płonica	Dławiec i błonica	Krztusiec	Dur brzuszny	Dur plamisty	Cholera	Czerwonka	Gorączka połogowa	Inne choroby zakaź.	Inne panujące choroby: Suchoty płuc	Zapalenie płuc, krtani i tchawicy	Inne ostre choroby narządu oddechow.	Udar	Ostry gościec stawowy	Zapalenie jelit	Choleryna	Wszystkie inne choroby	Śmierć gwałt.: Śmierćprzypadkowa lub nieznana przycz.	Samobójstwo	Morderstwo lub zabójstwo
Lwów	1	23	161	134	9	61	2	—	10	21	—	856	661	40	82	1	207	54	1756	53	39	2 —
Kraków	136	2	119	55	9	36	9	—	24	14	54	323	425	69	8	2	176	—	784	17	12	—
Brody	—	—	11	35	5	8	4	—	1	—	2	61	70	24	4	—	61	2	367	6	—	—
Drohobycz	—	12	87	34	10	36	—	—	3	—	—	54	58	171	10	—	48	—	330	4	1	—
Kołomyja	94	16	130	78	1	2	—	—	—	4	—	90	175	12	6	—	3	—	530	5	1	—
Przemyśl	—	6	1	34	8	11	—	—	4	2	2	147	76	27	7	—	21	13	253	6	3	—
Stanisławów	—	48	45	52	22	20	2	—	7	5	—	99	52	13	—	—	19	3	477	2	4	—
Tarnopol	—	3	5	74	3	34	2	1	3	1	1	12[illegible]	119	6	4	—	13	40	387	14	5	1
Tarnów	74	101	5	66	1	20	9	—	42	2	—	106	176	6	8	1	52	28	366	11	2	4
Razem	305	211	564	562	68	228	28	1	94	49	59	1862	1812	395	129	4	600	140	5250	118	67	7
Odsetki ogólnéj liczby zmarłych:	2.43	16 8	4.51	4.49	0.54	1.82	0.22	—	0.75	0.39	0.47	14.9	14 5	3.2	1.0	00 3	4.8	1.1	42 0	0.9	0.5	0.06

dzieci niżéj 5ciu lat 43·1%

choroby zakaźne: 17·30%

32·5%

5.9%

OBLICZENIE ODSETKOWE SMIERTELNOŚCI z OGÓLNÉJ LICZBY ZMARŁYCH w r. 1879 i 1880
w 9ciu miastach większych Galicyi (liczących wyżéj 15 tysięcy ludności).

Nazwa miasta	Rok	Ludność według spisu z 31/XII 1800	Liczba zmarłych bez nie żywo urodzonych	Stosunek zmarłych obliczony na 1000 mieszkańców i na rok	Wiek zmarłych: 1 rok	2—5 lat	6—20 lat	21—40 lat	41—60 lat	60 i wyżéj	wiek nieznany
Lwów	1880	110.252	4134	37.4	18.5	15.3	8.9	18.3	19.4	19.2	00.4
	1879	108 148	3386	31.3	22.7	15.3	7.7	17.8	17.8	17.6	—
Kraków	1880	67.000	2307	34.4	20.2	18.9	8.8	18.5	18.5	14.8	0.1
	1879	65.440	1786	27.3	22.3	13.2	9.4	19.2	18.5	15.8	—
Brody	1880	19.804	662	33.4	30.8	9.8	7.2	10.4	16.3	25.5	—
	1879	19.721	586	29.7	34.1	6.5	4.1	12.8	17.5	24.9	—
Drohobycz	1880	18.17[illegible]	868	47.7	25.8	22.2	0.9	11.4	14.5	15.0	—
	1879	18.055	882	48.8	32.1	26.5	8.6	12.2	10.2	10.4	—
Kołomyja	1880	24.662	1144	46.3	29.8	34.4	11.5	9.5	7.0	7.5	0.09
	1879	24.027	854	35.5	32.6	26.5	10.9	11.5	9.0	9.0	—
Przemyśl	1880	21.984	619	28.1	38.6	8.2	7.9	10.5	17.1	17.6	—
	1879	21.366	736	34.4	36.5	20.6	8.4	11.6	11.0	10.7	—
Stanisławów	1880	18.084	868	47.9	41.7	11.0	7.2	12.9	12.3	14.7	—
	1879	17.756	749	42.1	39.3	13.2	8.8	12.4	12.8	13.0	—
Tarnopol	1880	24.847	825	33.2	35.2	11.8	8.8	11.5	15.8	16.2	0.36
	1879	24.409	857	35.1	37.3	13.0	7.1	11.3	14.2	13.1	1.5
Tarnów	1880	24.006	1080	44.9	28.6	20.0	12.2	13.0	12.9	12.9	0.18
	1879	23.804	702	29.4	33.5	7.7	8.7	14.6	19.6	15.9	—

Nazwa miasta	Rok	Przyczyna śmierci — Choroby zakaźne: Ospa	Odra	Płonica	Dławiec i błonica	Krztusiec	Dur brzuszny	Dur plamisty	Cholera	Czerwonka	Gorączka połogowa	Inne choroby zakaź.
Lwów	1880	0.02	0.55	3.89	3.24	0.21	1.4	0.04	—	0.24	0.50	—
	1879	—	1.68	0.71	2.68	1.35	2.0	—	—	0.17	0.56	—
Kraków	1880	5.9	0.08	5.1	2.3	0.39	1.5	0.39	—	1.0	0.6	2.3
	1879	5.26	—	1.56	2.57	0.16	1.73	0.55	—	0.16	0.50	2.74
Brody	1880	—	—	1.66	5.28	0.77	1.17	0.60	—	0.15	—	0.30
	1879	—	0.17	—	3.58	0.68	1.53	0.17	—	0.34	0.17	—
Drohobycz	1880	—	1.38	10.0	3.9	1.15	4.14	—	—	0.34	—	—
	1879	0.21	8.84	4.3	6.23	1.46	4.08	0.11	—	—	0.44	—
Kołomyja	1880	8.2	1.4	11.3	6.8	0.05	0.17	—	—	—	0.34	—
	1879	—	7.61	—	6.55	2.35	0.58	—	—	0.35	0.46	—
Przemyśl	1880	—	0.9	0.16	5.5	1.2	1.7	—	—	0.6	0.3	8.3
	1879	—	15.2	1.76	7.33	2.17	3.80	—	—	—	1.09	—
Stanisławów	1880	—	5.5	5.18	6.0	2.53	2.3	0.23	—	0.8	0.6	—
	1879	—	0.13	0.53	1.45	5.33	1.20	—	0.26	0.93	0.13	—
Tarnopol	1880	—	0.36	0.6	8.96	0.36	4.0	0.23	0.12	0.36	0.12	0.12
	1879	—	5.25	—	5.36	5.01	1.40	—	—	0.46	0.46	—
Tarnów	1880	6.85	9.55	0.48	6.11	—	1.85	0.83	—	3.89	0.18	—
	1879	—	—	1.1	4.0	0.7	0.8	—	—	0.7	0.80	—

Nazwa miasta	Rok	Inne panujące choroby: Suchoty płuc	Zapalenie płuc krtani i tchawicy	Inne ostre choroby narządu oddechow.	Udar	Ostry gościec stawowy	Zapalenie jelit	Choleryna	Wszystkie inne choroby	Śmierć gwałt.: Śmierć przypadkowa lub nieznana przycz.	Samobójstwo	Morderstwo lub zabójstwo
Lwów	1880	20.7	15.9	0.96	1.98	0.02	5.0	1.3	42.4	1.28	0.96	0.04
	1879	22.9	12.0	1.8	2.04	—	3.00	0.91	46.3	1.35	1.03	0.02
Kraków	1880	14.0	18.5	4.1	0.3	0.08	7.6	—	33.9	0.7	0.5	—
	1879	18.8	15.9	3.31	1.17	0.05	7.0	—	40.6	0.89	0.33	+.16
Brody	1880	9.21	10.5	3.62	0.60	—	9.21	0.30	55.4	0.90	—	—
	1879	11.9	4.8	7.0	1.02	—	—	—	66.9	1.20	0.34	—
Drohobycz	1880	6.22	6.68	19.6	1.13	—	5.52	—	38.0	0.46	0.12	—
	1879	8.5	6.1	19.1	1.13	—	5.89	—	32.4	0.68	—	0.22
Kołomyja	1880	7.89	15.3	1.0	0.5	—	0.25	—	46.3	0.4	0.08	—
	1879	9.6	17.7	1.52	1.28	—	0.93	—	48.4	0.23	0.23	—
Przemyśl	1880	23.7	12.2	4.36	1.1	—	3.3	2.1	40.8	0.9	0.45	—
	1879	17.2	11.9	1.1	0.95	—	2.71	—	33.8	0.4	—	—
Stanisławów	1880	11.4	6.0	1.5	—	—	2.18	0.34	54.8	0.23	0.46	—
	1879	14.1	3.4	2.46	—	0.26	1.60	—	53.6	0.53	0.13	0.13
Tarnopol	1880	15.2	14.3	0.72	0.47	—	1.57	4.7	45.6	1.69	0.6	0.12
	1879	14.1	14.3	0.81	1.40	—	1.75	1.51	45.0	1.63	0.35	—
Tarnów	1880	9.8	16.3	0.55	0.74	—	4.81	2.59	33.7	1.0	0.13	0.36
	1879	12.2	17.5	1.0	2.26	—	7.50	—	49.0	0.28	0.15	—

VI. Zjazd III. lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

Od czasu ostatniéj wiadomości podanéj do szan. Redakcyi „Przeglądu Lek.“ o czynnościach Wydziału gospod. Zjazdu (dn. 8/2 r. b.) Wydział gospodarczy przedewszystkiém zajmował się dalszém rozsyłaniem zaproszeń na Zjazd. Dotychczas rozesłano już zaproszenia do wszystkich niemal lekarzy w Galicyi zamieszkałych i do większéj części przyrodników w téjże prowincyi (których adresów w znacznéj części dostarczył nam Dr. Wierzbicki, adjunkt Obserwat. astron. w Krakowie). Również rozesłaliśmy zaproszenia do lekarzy i badaczów przyrody w W. ks. Poznańskiém, których listę łaskawie nadesłało nam Towarzystwo Przyjaciół Nauk w Poznaniu (sekcyja lekarska i sekcyja przyrodnicza). Najmniéj jeszcze postąpiło rozsyłanie zaproszeń do Królestwa Polskiego, które jednak już się rozpoczęło; a pod względem adresów otrzymaliśmy w tych dniach spis celniejszych uczonych zajmujących się naukami przyrodniczemi w Królestwie Polskiém i w prowincyjach zabranych, z któréj nie omieszkamy skorzystać.

Wiadomo, że §. 13 ustawy naszych Zjazdów wyraźnie oświadcza, iż udział gości innéj narodowości będzie pożądany. Wydział gospodarczy postanowił jednak w tym względzie ściśle ograniczyć się do krajów w obrębie monarchii austryjackiéj położonych, w szczególności zaś dotychczas odniósł się do Towarzystw uczonych: w Zagrzebiu (Jugoslovenska Akademja znanosti) i w Pradze (kr. Česka Společnost nauk, Spolek českych lékařů w Praze, Sbor doktorů fakulty lek. w Praze, Klub přirodovědecky w Praze, Spolek českych mathematiků a fysiků w Praze, Spolek českych chemiků w Praze). Z powyższych towarzystw już Towarzystwo lekarzy czeskich (Spolek českych lekařů) oświadczyło, że weźmie udział w Zjeździe, a w szczególności zapowiedziało imiennie swe przybycie 8 członków tego Towarzystwa, a nadto 4 przyrodników, między którymi redaktor czasopisma przyrodniczego „Vesmira“. Oprócz do rzeczonego pisma i do „Czasopisma lekarzów czeskich“, którego redaktor Dr. Chodounský między innymi zapowiedział swe przybycie i w ogóle nader gorliwie sprawą Zjazdu się zajął, podaliśmy wiadomość o Zjeździe jeszcze do następujących publikacyj naukowych czeskich: Časopis pro mathematiků a fysiků, Listy chemicke, Archiv přirodovědecky. Również wysłano zwykłe zaproszenia do celniejszych profesorów i innych uczonych czeskich z zakresu nauk lekarskich, wskazanych nam przez Časopis českych lékařů, i do przyrodników, których wskazał nam prof. Dr. Julijan Grabowski.

Wykładów na posiedzenia sekcyjne Zjazdu mamy dotychczas 19 zapowiedzianych, co oczywiście stanowi tylko małą część prac, jakie będą wniesione; z doświadczenia bowiem wiadomo, że większa część zgłaszających się ociąga się z zapowiedzią swéj pracy do ostatniego terminu (a ten naznaczyliśmy na koniec maja r. b.); bywają zaś i tacy członkowie Zjazdu, którzy, nie mogąc na pewno czasem swym z góry rozporządzać, dopiero na sam Zjazd, bez poprzednich zapowiedzi, z gotową pracą przybywają. Pożądaną jednak byłoby rzeczą, ażeby ci szanowni Panowie, którzy pewniejsze w téj mierze mają zamiary, raczyli wcześniéj, a nawet o ile możności przed końcem maja r. b., donosić o tém Wydziałowi gospodarczemu.

Według przedmiotów, zapowiedziane są dotychczas 2 prace z zakresu botaniki, 1 z zakresu paleontologii (o faunie dyluwijalnéj jaskiń krakowskich), 2 z geologii i mineralogii, 1 z fizyki, 1 z chemii, 1 z fizyjologii, 1 z anatomii patologicznéj, 1 z patologii doświadczalnéj, 4 z medycyny wewnętrznéj (z tych 1 o kile dziedzicznéj, 1 o chorobach zakaźnych równocześnie u dzieci występujących, 1 o hidroterapii, a jedna treści bliżéj nie oznaczonéj), 1 z chirurgii, nareszcie

4 z higijeny (o karmieniu niemowląt mlekiem krowiém; o miejskich mleczarniach leczniczych, oraz o sposobach badania mleka; o środkach przeciwko księgosuszowi, o wpływie dymu tytuniowego na ustrój ludzki i zwierzęcy). Z pomiędzy 18 członków Zjazdu, którzy powyższe wykłady zapowiedzieli (albowiem dwa wykłady z zakresu higijeny zapowiedziane są przez jednego kolegę), dwóch jest ze Lwowa, 3 z prowincyi w Galicyi, 1 z Warszawy, wreszcie 12 z Krakowa.

Co do wykładów na posiedzeniach ogólnych czyli publicznych rokowania jeszcze są w toku, nie podajemy o nich zatém jeszcze wiadomości.

Prof. Dr. Janikowski.
Przewodniczący Wydziału Gospod.

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

C. k. krajowa Rada zdrowia. Na posiedzeniu dnia 4go stycznia uchwalono przedstawić Wydziałowi krajowemu czterech lekarzy do nagrody za odszczególnienie się przy ochronném szczepieniu od ospy w roku ubiegłym.

Na tém samém posiedzeniu uchwalono udać się z prośbą do Prezydyjum c. k. Namiestnictwa o zawieszenie w myśl zarezerwowanego ustawą z dnia 30 kwietn. 1870 r. wpływu c. k. Rządu — uchwały Sejmu krajowego z dnia 15go lipca 1880 polecającéj zniesienie filii zakładów dla obłąkanych w Przemyślu i Żółkwi, przynajmniéj do czasu, dopóki sprawa ta głębiéj zbadaną i dokładniéj wyświeconą nie będzie; a daléj o zniesienie uchwały Sejmu krajowego z dnia 21 lipca 1880, normującéj przyjęcie chorych do publicznych szpitali krajowych, oraz rozporządzenia Wydziału krajowego z dnia 27go lipca 1880 l. 34.084 w przeprowadzeniu powyższéj uchwały sejmowéj wydanego, a to z powodu, iż tak uchwała jakoteż rozporządzenie powołane sprzeciwiają się obowiązującym, niezniesionym przepisom państwowym.

Na posiedzeniu drugiém dnia 25go stycznia b. r. uchwalono na zapytanie c. k. Namiestnictwa odpowiedzieć, iż oznaczenie ilości i rodzaju leków w aptekach domowych, które w pewnych ustawami określonych warunkach istnieć powinny, należy pozostawić lekarzowi posiadającemu aptekę; daléj iż każdy lekarz posiadający aptekę domową obowiązanym jest na każde żądanie bezwłocznie wydać z niéj przepisany przez innego lekarza lek lub przyrząd chirurgiczny za wynagrodzeniem ze strony gminy lub strony interesowanéj; a w końcu, iż każda gmina, odległa o 10 kilometrów od apteki publicznéj, powinna być obowiązaną do utrzymywania apteki ratunkowéj pod nadzorem lekarza, z któréj leki na koszt gminy w razach nagłych wydawane być mają. Zarazem uchwalono, jakie niezbędne leki mają się znachodzić w takiéj apteczce i jakie przyrządy chirurgiczne niezbędne do pierwszego opatrunku.

Uchwalono daléj oświadczyć się za tém, aby wzbronioną była powtórna ekspedycyja recept zawierających jeden lub więcéj leków krzyżykiem w cenniku rządowym oznaczonych, jak niemniéj ekspedycyja lekarstw na wszelkiego rodzaju odpisy recept; aby każda ekspedyjowana recepta opatrzoną była stampiliją apteki, liczbą porządkową, datą, oznaczeniem ceny pobranéj oraz podpisem ekspedyjenta, winna być daléj wpisaną w całości do księgi, którą na ten cel każdy aptekarz posiadać ma, aby daléj każda recepta opatrzoną była nagłówkiem (pisanym, drukowanym lub wytłoczonym) obejmującym nazwisko lekarza, jego stopień naukowy, miejsce pobytu i mieszkanie. W naradach nad tym ostatnim przedmiotem brali także udział reprezentanci gremium aptekarzy Galicyi wschodniéj.

Na tém samém posiedzeniu uchwalono przedstawić Jego Eksc. panu Namiestnikowi najodpowiedniejszych kandydatów na dwie opróżnione posady lekarzy powiatowych w Białéj i Jaworowie.

Na posiedzeniu trzeciém dnia 7 marca rb. uchwalono oświadczyć się przeciw uwzględnieniu prośby mieszkańców przedmieścia Gródeckiego i Nowego świata o utworzenie trzynastéj publicznéj apteki we Lwowie.

W celu ogólnego i skuteczniejszego przeprowadzenia szczepienia ochronnego od ospy po miastach uchwalono, na wniosek komisyi *ad hoc* wybranéj, projekt przepisów normujących ogólne szczepienie w miastach, oraz popierających ogólne szczepienie ochronne przez wywieranie przymusu pośredniego wprost na rodziców lub za pośrednictwem szkół i zakładów dobroczynnych.

W skutek rozpisanego konkursu na trzy nowokreowane posady weterynarzy rządowych w Mielcu, Tarnowie i Bochni, przedstawiła c. k. kraj. Rada zdrowia J. E. panu Namiestnikowi najodpowiedniejszych kandydatów z pośród ubiegających się kompetentów.

W końcu odczytaném zostało sprawozdanie weterynaryjne za r. 1879, oraz zestawienie wykazów śmiertelności w miastach naszych w ciągu roku 1880.

* **Dżuma.** Od kilku dni dzienniki polityczne donoszą o nowém pojawieniu się dżumy w Mezopotamii, i o środkach ostrożności przedsięwziętych przez rząd rosyjski w Odesie, celem zapobieżenia zawleczeniu choroby drogą morską. Depesza, którą jeden z dzienników wiedeńskich otrzymał wprost od Midata baszy, jest wprawdzie uspokajającą, *Lancet* atoli z d. 12 bm. potwierdza, na podstawie otrzymanych pewnych wiadomości, że dżuma wybuchła w istocie nad dolnym Eufratem, a więc w okolicy, gdzie panowała i w r. 1873 i 74.

Statystyka epidemij. W tygodniu 7 (do 19 lutego) ospa w Londynie utrzymywała się w jednakowém nasileniu. Umarło 183, leczyło się w szpitalach 753, umarło 55. W Paryżu umarło 41, a leczyło się 170. W Wiedniu umarło 32, w Budapeszcie 13, w Pradze 4, w Maladze 3. W Madrycie umarło od 27 grudnia do 2 stycznia 22. Również szerzy się ospa w większych miastach Północnéj Ameryki. Z duru brzusznego umarło w Paryżu 76, w Petersburgu 51. Z duru osutkowego umarło 27. Z febry żółtéj umarło w Rio de Janeiro od 16—31 grudnia 5. W Krakowie umarło w tygodniu 8 (do 26 lutego): 4 z ospy, 1 z płonicy, 1 z odry, a doniesiono w tymże czasie: o 4 przypadkach ospy, 6 odry, 1 płonicy, 3 błonicy, 2 duru osutkowego, 1 gorączki połogowéj, 1 róży.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 8 (do 19 lutego) umarło na 1000 mieszkańców i na rok w Krakowie 41,1; we Lwowie 38,9; w Poznaniu 23,9; w Wiedniu 31,3; w Budapeszcie 37,4; w Pradze 37,8; w Berlinie 24,2; Wrocławiu 24,2; w Gdańsku 23,7; w Monachijum 37,5; w Dreźnie 21,5; w Lipsku 23,4; w Genewie 31,8; w Brukseli 25,5; w Amsterdamie 25,5; w Hadze 26,9; w Paryżu 29,5; w Londynie 22,0; w Kopenhadze 21,4; w Stokholmie 29,6; w Chrystyjanii 17,3; w Petersburgu 55,0; w Odesie 32,5; w Wenecyi 22,6; w Bukareszcie 28,1; w Madrycie 41,5; w Barcelonie 25,9; w Lisabonie 39,6; w Aleksandryi 36,1; Nowym Yorku 28,8; Filadelfii 22,5; w Rio de Janeiro 43,6; w Bombayu 32,8; w Madrasie 38,8. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 16 marca. Dowiadujemy się z *Gazety Lek.*, że prof. Nawrocki w Warszawie mianowany został zwyczajnym profesorem. Zaszczyt ten już dawno należał się profesorowi, z którego pracowni tyle pięknych, a za granicą cenionych, wyszło rozpraw; z tego powodu nie tylko kraj, ale i zagranica przyklasną zasłużonemu uznaniu, które nareszcie dostało się w udziale niestrudzonemu pracownikowi i doradcy młodszego pokolenia lekarzy.

* W stowarzyszeniu umiejętném oficerów tutejszego garnizonu odbywają się co tydzień (w poniedziałki od godziny 6téj wieczór) wykłady naukowe, na które korpus oficerów zaprasza uprzejmie i profesorów uniwersytetu, przesyłając co sobotę do kancelaryi Senatu akademickiego zawiadomienie o treści wykładu następnego. Równocześnie jenerał Zach, przełożony owego stowarzyszenia, udał się do Rektora z prośbą, aby profesorowie uniwersytetu zechcieli brać udział w tych wykładach, skutkiem czego prof. Smolka z wydziału filozoficznego już miał wykład, a mieć będzie niebawem prof. Kasparek z wydziału prawa. Zapewne znajdą się i lekarze, którzy przyjdą w pomoc zabiegom naukowym stowarzyszenia wojskowego.

* Z korespondencyi krakowskiéj zamieszczonéj w Nrze 11

„*Medycyny*“ dowiadujemy się, że Towarzystwa lek. krakowskiego już nie ma, że istnieje tylko jedno Towarzystwo lekarskie galicyjskie, które się rozpada na różne Sekcyje, z których Sekcyja lwowska i krakowska na przemian co 2 lata ma kierować „całą tą machiną“ itd. Pod koniec zaś tego samego listu jest mowa o Drze Jordanie, jako Prezesie „naszego Towarzystwa lekarskiego.“ Z tego wypada, że albo Dr. Jordan w Krakowie jest prezesem Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego we Lwowie, albo przecież istnieje „nasze Towarzystwo“ w Krakowie. Co do nas, nie słyszeliśmy wcale, aby w Galicyi tylko jedno istniało Towarzystwo lekarskie; nie jest prawdą, że Sekcyja lwowska i krakowska (Sekcyi takiéj nie ma) naprzemian „machiną“ będą kierować, a jest prawdą, że Dr. Jordan jest prezesem Towarzystwa lek., istniejącego w Krakowie od r. 1866, a które ani na chwilę istnieć nie przestało.

* Gmina miasta Gwoździec (w Galicyi wschodniéj, siedziba sądu powiatowego) potrzebuje lekarza, Dra medycyny, i zapewnia mu 400 złr. subwencyi. Zgłoszenia przyjmuje R. Puzyna w Gwoźdźcu.

□ Druk „Słownika terminologii lekarskiéj polskiéj,“ mającego wyjść w lipcu rb. nakładem Tow. lek. krak., już się rozpoczął i szybko postępuje. Zwracamy uwagę czytelników na ogłoszenie zamieszczone poniżéj, nadmieniając, że termin prenumeraty ustanowiony pierwotnie przez Tow. lek. krak. po koniec bieżącego miesiąca przedłużonym został po koniec kwietnia rb. — poczém cena podniesioną zostanie.

* **Lwów.** D. 12 bm. podpisany został akt notaryjalny fundacyi p. Stillera, właściciela Morszyna. Bliższe szczegóły podamy w numerze przyszłym.

* **Wiedeń.** Druga chora u któréj prof. Billroth wykonał resekcyję żołądka, umarła. 12 bm. prof. Billroth wykonał 3cią resekcyję żołądka a chora umarła w 12 godzin po operacyi.

* Izba poselska Rady państwa we Wiedniu uchwaliła ustawę względem przyznania dodatków 5-letnich dla profesorów w rządowych szkołach dla akuszerek oraz względem przyznania pensyj dla wdów po nich pozostałych.

* Prof. Heschl, który pod jesień zapadł był na zapalenie płuc, udał się przed kilku dniami do Arco w Tyrolu południowym, w Trydencie jednak zaskoczony został krwotokiem płucnym. Pod nieobecność jego w Wiedniu wykładać będzie zastępczo asystent jego Dr. Zemann, egzaminować zaś będzie z anatomii patologicznéj prof. Hofmann.

* Prof. Rosenthal w Erlandze, który jak wiadomo porzucił redakcyję *Centralbl. f. med. Wiss.* wydawać będzie nowe pismo pt.: „*Biologisches Centralblatt.*“

* **Londyn.** Na posiedzeniu król. Towarzystwa lekarsko-chirurgicznego z d. 22 lutego rb. Spencer Wells dał pogląd na dalsze 200 owaryjotomij przez siebie dokonanych, przez co liczba jego owaryjotomij dochodzi obecnie do 1.000. Śmiertelność seciny 9téj wynosiła 17, 10téj zaś tylko 11, podczas gdy w 1széj secinie wynosiła 34. Z 1.000 operowanych umarło 231, a uleczonych jest 769. (*Berl. klin. Woch.*)

* Otrzymaliśmy list następujący:

W *Medycynie* Nr. 11 z rb. jest krótka wzmianka o odczycie Dra Sutherlanda w Londynie, dotyczącym przypadku leczonego kumysem. Otóż rodak nasz Dr. Jagielski, praktykujący w Londynie, już w r. 1877 czytał rozprawkę o wartości leczniczéj kumysu na rocznem zebraniu *Medical Association*, w Manchestrze. Zaleca on kumys jako środek uśmierzający nudności i wymioty a zarazem lekko strawny i poprawiający odżywienie. Zadaje przeto kumys w rozmaitych chorobach żołądka i płuc z pomyślnym skutkiem. Rozprawka rzeczona, w któréj Dr. J. przytacza kilka przypadków kumysem leczonych, była drukowaną w *Brit. med. journ.* d. 29 grudnia 1877. *Dr. Bogdanik.*

* **Manowania i odznaczenia.** Prof. kliniki lekarskiéj w Pradze czeskiéj Jaksch przechodząc w stan spoczynku w uznaniu zasług otrzymał tytuł i charakter radcy dworu. — Prof. Landois wybrany został rektorem uniwersytetu w Gryfii. — Dr. Scriba, asystent prof. Maassa w Fryburgu, otrzymał posadę profesora chirurgii i oftalmologii w Tokio w Japonii; powołany na tę posadę docent lipski Dr. Tillmans odmówił jéj przyjęcia. — Prof Rudolf Böhm z Dorpatu mianowany został zwyczajnym profesorem w Marburgu.—Dr. Pitres zamianowany został profesorem kliniki lekarskiéj w Bordeaux. — Dr. Ludwik Pagliani mianowany profesorem w Turynie.

* **Nekrologija.** W Wrocławiu umarł w 52 roku życia docent anatomii, Benno Gabriel. Był on poprzednio lekarzem w Chełmnie i dopiero w r. 1875 habilitował się we Wrocławiu.—W Dijon we Francyi umarł w 86 roku życia Dr. Canquoin, wynalazca pasty według niego nazwanéj.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Kronice Lekarskiéj* Nr. 5: Z pracowni prof. Dogiela: O nerwach dróg oddechowych (dok.) — W *Medycynie* Nr. 10: Gajkiewicza: O umiejscowieniach czynności i zboczeń mózgowych (c. d.) — *W Gazecie Lekarskiéj* Nr. 11: Szumana: Cięcie ścian brzusznych w celu chirurg. wyleczenia zamknięcia światła kiszki, wyzdrowienie; Jasińskiego: Spostrzeżenia dotyczące leczenia choroby Potta (dok.)

Redakcyja otrzymała:

Prof. Dr. A. JURASZ: Uiber die Sensibilitätsneurosen des Rachens und des Kehlkopfes (Samml. klin. Vorträge Nr. 195).

Dr. Czesław STICHE: Davos am Platz i inne znaczniejsze stacyje klimatyczne Szwajcaryi ze względu na leczenie chorób płucnych pod wpływem górskiego klimatu. Warszawa 1881, in 8vo str. 40 z trzema drzeworytami.

Sechzehnter Jahresbericht 1880 über d. Wirksamkeit der Dr. Jany'schen Augenheilk. in Breslau 1881, in 8vo str. 26.

Piśmiennictwo lekarskie. GOODELL W. Lessons in Gynecology. Illust. 8 London, Baillière. sh. 18

GRASSET J. Traité prat. des maladies du système nerveux. 2. éd. Av. 10 pl. et 35 fig. 8. Paris, Delahaye et L. Fr. 25.

HANDBUCH der gesammten Augenheilkunde. Red. von Alfr. v. Gräfe u. Th. Saemisch. 6 Bd. 2 Hefte M. 50 Holzschn gr. 8. Leipzig, Engelmann. M 20.

— der speciellen Pathologie und Therapie. Hrsg. von H. v. Ziemssen. 16 Bd. gr. 8. Leipzig, F. C. W. Vogel. M. 13.

HECKEL. Compendium der Unterleibshernien. gr. 8. Stuttgart, Enke M. 3.

HEITZMANN C. u. J. HEITZMANN. Compendium der Chirurgie. 1 Bd. 5. verb. Aufl. Mit 102 Holzschn. gr. 8. Wien, Braumüller. M. 12.

HÉRAUD. Étude diagnostique sur deux cas de syphilome bucco-lingual. 8 Paris, Delahaye et L. Fr. $1\frac{1}{2}$.

HOFFMANN C. E. E. Lehrbuch d. Anatomie d. Menschen. 2. Aufl. Fortges. v. G. Schwalbe. 2 Bd. 2 Abth. 2 Lfg. gr. 8. Erlangen, Besold. M. 8.

HOFHEIM u. HEPPENHEIM. Die Irrenanstalten d. Grossherzogth. Hessen. Mit 2 Plänen Hrsg. v. d. grossh. hess. Ministerium d. Innern u. d. Justiz. gr. 8. Darmstadt, Jonghaus. M. 4. 50.

HÖVER P. Das Mikroskop, u. d. Untersuchg. d. Schweinfleisches auf Trichinen und Finnen. M. vielen Abbildgn. u. 1 Anhang. 8. Neuwied, Heuser. M. 80.

HUETER C. Grundriss der Chirurgie. 1 Hälfte. Allgemeiner Thl. Mit 176 Abbildgn. gr. 8. Leipzig, F. C. W. Vogel. M. 10.

JAHRESBERICHT 8, u. 9 der chemischen Centralstelle f. öffentliche Gesundheitspflege zu Dresden. Hrsg. v. H. Fleck. M. 3 Holzschn. Lex 8 Dresden, v. Zahns Verl. M. 8.

— medicinisch-statistischer, über die Stadt Stuttgart vom J. 1879. 6 Jahrg. Referent C. Köstlin. gr. 8. Stuttgart, Metzler's Verl. M. 1.

Do Nru dzisiejszego dołącza się broszurkę: Krynica jéj wody alkaliczno-żeleziste i c. k. Zakład zdrojowo-kąpielny. (Podręcznik informacyjny).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.
W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj pół tora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja:
Ulica Podwale Nr. 84.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Boulv. Voltaire 180, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	4 „	6 „

Kraków, 26 marca 1881. **№ 13.** Rok XX.

II. Sprawozdanie z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego z lat czterech (tj. od roku szkolnego 1874/5 do roku szkolnego 1878/9).

VI.
Choroby zakaźne.

Przez Dra **H. Schramma.**

Choroby te dostarczyły w ciągu 4 lat 780 przyp., z których 93 przypada na klinikę stałą a 687 na ruchomą. Doliczając do tego przypadki durów z roku szkolnego 1878/9 w liczbie 12 (8 przyp. duru brzusznego, 3 przyp. osutkowego a 1 przyp. powrotnego), otrzymamy razem 792 przypadków, które rozdzielają się na poszczególne choroby jak następuje:

	Klinika ruchoma,	Klinika stała	Razem
Sprawy zimnicze	567	34	601
Dur brzuszny	18	24	42
Dur osutkowy	11	19	30
Dur powrotny	2	4	6
Błonica	21	5	26
Czerwonka	4	3	7
Zap. osłon mózg-rdzeń.	2	3	5
Ospa	3	2	5
Płonica	2	—	2
Odra	1	—	1
Kiła	53	11	64
Wrzód miękki	3	—	3
Razem	687	105	792

1) Sprawy zimnicze w postaci zimnicy, obrzęku śledziony zimniczego i kacheksyi zimniczéj zajmowały pomiędzy wszystkiemi chorobami w r. 1877 pierwsze miejsca ustępując w innych latach pierwszeństwo tylko chorobom narządu oddechowego. Największa ilość chorych zgłaszała się w miesiącach maju, czerwcu i listopadzie, a najczęstszy wiek chorych był między 25—30 r. ż. Przeszło $^1/_3$ część, bo 214 chorych, przedstawiała objawy charłactwa zimniczego, a pozostała liczba dzieliła się na równe prawie połowy, z których większa odnosiła się do zimnicy, a mniejsza do obrzęku śledziony zimniczego, któremu nie towarzyszyły wybitniejsze objawy charłactwa. Największéj liczby przypadków dostarczały wsie nad Wisłą położone, i dzielnice miasta: Zwierzyniec, Rybaki i Grzegórzki.

O przypadkach zimnicy nie możemy nadmienić nic uwagi godnego. O zachowaniu się ilości ciałek krwi wśród napadów zimnicy będzie mowa w innéj pracy klinicznéj. Badanie moczu wykazywało prawie stale zmniejszanie się ilości takowego, powiększanie się ciężaru gatunkowego i ilości mocznika wśród napadu zimniczego. Tętno zdjęte zapomocą sfigmografu w okresie gorączki wskazywało na zwiotczenie ścian naczyniowych i w niektórych przypadkach dochodziło do tętna poddwubitnego (*unterdikrot*, *Riegel*). W przypadkach cięższych można było niekiedy wykazać powiększanie się wymiaru poprzecznego serca, które znikało w okresie bezgorączkowia. Ze względu na tor napadów wspomnieć musimy o dwóch przypadkach, gdzie przebieg gorączki był podobny do duru powrotnego, a mianowicie co kilka dni po dreszczu cieplota podnosiła się przez 24—48 godzin, dochodziła do wysokości 41° C. następnie obniżała się znów powoli przez 24—48 godzin, rzedziéj przełamywała się gorączka nagle a każdorazowy napad kończył się obfitemi potami; liczba napadów takich wynosiła w jednym przypadku 6, w drugim 9, przytém nie było ani przeczulicy mięśniowéj, ani większéj bolesności w podżebrzach, a badanie drobnowidowe nie wykazywało we krwi spiryl. Jako powikłanie zimnicy zauważano najczęściéj nieżyt oskrzelowy, nieżyt żołądkowo-kiszkowy, białkomocz, lżejsze zapalenia miąższowe nerek i zapalenia nieżytowe gardła. Puchlina ogólna pojawiała się niekiedy dosyć rychło, a w jednym przypadku ograniczała się tylko do jamy brzusznéj. W obrzękach śledziony zimniczych doświadczano dosyć często działania prądu indukcyjnego, a i późniejsze doświadczenia wykazały słuszność spostrzeżeń ogłoszonych w r. 1875 przez Dra Skórczewskiego. (Wpływ prądu przerywanego na obrzęki śledziony i na zimnicę. Zbioru prac klinicznych zeszyt I str. 69). Obrzęki śledziony zimnicze

olbrzymich rozmiarów przydarzają się u nas bardzo często bez zmian skrobiowatych w trzewach i bez obrzęku gruczołów chłonicowych. W charłactwie zimniczém obok ogólnych zmian w zakresie odżywczym napotykano najczęściéj nieżyty oskrzelowe, nieżyty żołądkowe, i skrobiawicę wątroby i nerek, rzedziéj przewlekłe zapalenie miąższowe nerek.

W sprawach zimniczych oprócz wewnętrznego podawania zwyklych przetworów chininowych doświadczano działania kwasu salicylowego, salicylanu sodowego, salicylanu chininowego, wstrzykiwań podskórnych bromku chininu, buksynu, salicynu, nastoju i oleju rozdrębu (*Tinct. et oleum eucalypti globuli)*, natrysków zimnych na okolicę śledziony, jodku potasu, i kwasu karbolowego. Doświadczenia te dadzą się streścić w następujących słowach: kwas salicylowy, tylokrotnie polecany w zimnicy, rzadko usuwał napady, a nigdy nie zmniejszał śledziony. Salicylan chininowy, którego Liebermeister używa tak chętnie jako leku przeciwgorączkowego, twierdząc, że łączy w sobie własności chininu i kwasu salicylowego, podawany w ilości 1—3 grm. na dobę, wcale nie działał lepiéj niż siarkan chininowy. Wstrzykiwania podskórne bromku chininu polecane najpierw przez Gublera, a zachwalane przeciw zimnicy przez Reymonda, Souleza, Choffé'go i innych, stosowano dosyć często w klinice ruchoméj; przy czém spostrzeżono bardzo korzystny wpływ tak na napady zimnicy, jakoteż na obrzęk śledziony. Zazwyczaj przepisywano 1 grm. *chin. hydrobromici* na 18 grm. wody i 3 grm. wyskoku, ogrzewano płyn przed użyciem i wstrzykiwano na raz 1—2 strzykawek Pravaza (0·10—0·20 grm.) raz lub dwa razy dziennie. Ból po wstrzykiwaniach bywał nieznaczny, a w każdym razie znacznie mniejszy niż przy użyciu siarkanu lub chlorku chininu, a w tkance podskórnéj tworzyły się rzadko nacieki zapalne, które nie przechodziły w ropienie. Buksyn polecany, w postaci siarkanu buksynowego, jeszcze w roku 1869 przez szereg lekarzy włoskich, praktykujących w okolicach zimniczych, jak Albani. Tibaldi, Ruzzoni, Vitali, Casati i Mazzolini, a w nowszych czasach ponownie z pomyślnym skutkiem używany przez Curschmanna (*Berl. klin. Woch.* 1878), podawaliśmy kilkunastu chorym przychodnim po $1/2$ grm. dwa razy dziennie, przy czém spostrzegaliśmy, że napady zimnicze niekiedy ustawały, jednak zmniejszenia się widocznego obrzęku śledziony nie stwierdziliśmy nigdy. Salicyn i kwas karbolowy nie dorównywał bezwarunkowo działaniu chininu. Nastrój rozdrębu przepisywano chorym ubogim zamiast przetworów chininowych; działanie jego było jednak o wiele słabsze aniżeli chininu lubo pomyślne niekiedy nawet w takich przypadkach, gdzie chinin odmawiał skuteczności. W przypadkach uporczywéj zimnicy dodawano do nastoju rozdrębu rozciek Fowlera. Olejku rozdrębowego używano niekiedy w postaci pigułek polecanych przez Moslera (*Piperini 2.00, Olei eucalypti 4.00, Chinini muriatici 2.00, Cerae albae 6.00. M. f. pilulae 100*), jednakże według naszych doświadczeń nie możemy pigułkom tym przypisać jakiegoś szczególnego skutku. Natryski zimne na okolicę śledziony i jodek potasu wewnętrznie podawany działały korzystnie na obrzęki śledziony większych rozmiarów po poprzedniém zmniejszeniu takowych zapomocą chininu.

2) Liczba przypadków duru brzusznego jest zamałą, by na jéj podstawie wyprowadzać wnioski o częstości pojawiania się choroby w pojedyńczych latach. Liczba mężczyzn równała się zupełnie liczbie kobiet. Biorąc przeciętnie największa ilość chorych zgłaszała się w październiku, naj mniejsza w kwietniu i czerwcu. Największa liczba chorych była między 30—35 r. ż., nieco mniejsza między 20—25 r. ż.

Uwzględniając 24 przyp. leczone w klinice stałéj zaznaczyć możemy tylko następujące szczegóły: Zarażenie się jadem durowym dało się udowodnić dostatecznie tylko w trzech przypadkach, a mianowicie jedna chora pielęgnując chorego na dur brzuszny sama nabawiła się téj choroby, a dwóch chorych mieszkało w domach, gdzie najprawdopodobniéj skutkiem zanieczyszczenia wody studziennéj cieczą kanałową panowała istotna epidemija domowa duru brzusznego. Bardzo często, bo przeszło w $3/4$ cz. przyp., przydarzały się powikłania i choroby następowe a mianowicie spostrzegano 4 razy zapalenie płuc dławcowe raz z przejściem w zgorzel, 2 r. zap. płuc opadowe, 1 r. zap. płuc nieżytowe, 1 r. rozległą niedodmę płuc, 2 r. zapalenie opłucnéj, 2 r. silne krwotoki nosowe, 2 r. zakrzep w żyłach udowych, 1 r. zapalenie gruczołu przyusznego, 1 r. zapalenie miąższowe nerek a 1 r. zapalenie miedniczek nerkowych, z czego wynika, że przeważnie mieliśmy do czynienia z przypadkami bardzo ciężkiemi. Mimo to zakończyły się śmiercią tylko 3 przyp. u kobiet, które okazywały bladnicę ustrojową na podstawie wad utworowych w tętnicach a w części w macicy; przypadki te zostały już opisane przez Prof. Korczyńskiego (Spostrzeżenia kazuistyczne. Zbioru prac klinicznych zeszyt III str. 55). U mężczyzn choroba zakończyła się niepomyślnie tylko w 1 przyp. skutkiem przebicia jelita przez wrzód durowy w 4 tygodniu choroby. Procent śmiertelności wynosi więc 16·7%. W przypadkach zakończonych wyzdrowieniem stan gorączkowy trwał przeciętnie 25 dni, najkrótsze trwanie gorączki wynosiło 15 dni, najdłuższe 43 dni, a w jednym przyp., gdzie w 30 dniu choroby pojawiło się nowe nasilenie choroby w postaci ponownéj osutki i ponownego obrzmienia śledziony, stan gorączkowy trwał 7 tygodni. W przypadku tym powtórnie, a mianowicie w dniu choroby 12 i 46tym, pojawiły się obfite krwotoki kiszkowe. Stolce krwawe przydarzyły się jeszcze w dwóch przyp., a mianowicie raz w 26 a drugi raz już w 7mym dniu choroby. Z innych przypadów wspomnieć nam wypada o zaparciu stolca, jakie spostrzegano raz w ciągu całego trwania choroby, a drugi raz w ciągu pierwszych trzech tygodni, poczém dopiéro wystąpiła mierna biegunka, i o silnych majaczeniach wśród ciepłoty podgorączkowéj (38°—38·4°C.), jakie okazywały dwie chore niedokrewne w okresie przełamywania się gorączki. Średni pobyt w klinice chorych wyleczonych wynosił 40 dni.

Co do leczenia, pomijając znane i ogólnie prawie rozpowszechnione już prawidła leczenia duru w ogóle, a w szczególności leczenia przeciwgorączkowego, chcemy tylko zwrócić uwagę na niestałość działania leków przeciwgorączkowych w niektórych przypadkach duru. I tak spostrzegliśmy np. że kąpiele chłodne w jednym przyp. obniżały ciepłotę tylko o pół stopnia, podczas gdy w drugim przyp. równie znacznego nasilenia u chorego prawie w równym wieku obniżały ciepłotę o 2° C. na kilka godzin; że chinin, w ilości 3—5 grm. na raz podany, prawie zawsze działał pewnie, ale podczas gdy w niektórych przypadkach obniżenie ciepłoty wynosiło 2·5 do 3° C., w wyjątkowych razach ograniczało się do 0·5—1·0° C.; że w przypadkach, gdzie chinin nie zmniejszał dostatecznie gorączki, czynił to salicyn podany w ilości 6—10 grm. na raz; nakoniec że działanie przeciwgorączkowe kwasu salicylowego, salicylanu sodowego i będźwinianu sodowego w przeważnéj liczbie przypadków było mniéj pewne aniżeli chininu.

(C. d. n.)

II. Dalsze spostrzeżenia co do użycia chlorku pilokarpinu w błonicy i niektórych chorobach narządu oddechowego.

Rzecz czytana na posiedzeniu Tow. lek. krak.
Skreślił Dr. Warschauer.

Od dnia 22go grudnia roku przeszłego leczyłem prawie jednocześnie dwoje dzieci jednéj rodziny, a następnie i trzecie.

1) Pierwszą pacyjentką była dziewczynka dziesięcioletnia, któréj dwa dni wprzód kol. Obaliński wyciął znaczną część przerosłych migdałków, po wycięciu kazał jéj stosować okłady lodowe. Wtedy była ona zupełnie zdrową. Wezwany do choréj znalazłem stan następujący: Ciepłota + 38°C., tętno 100, bolesne i utrudnione łykanie z wracaniem się napojów ustami i nosem, migdałki nabrzękłe, pokryte szarawo białym złogiem, w niektórych miejscach warstwa złogu jest zbitsza, na skórze ciała, mianowicie na grzbiecie i na odnogach, punkciki czerwone wielkości główki od szpilki, mnogie, ostro odgraniczone, czerwoność znika pod uciskiem, po usunięciu zaś palca wraca od obwodu ku środkowi. Zaleciłem okłady lodowe koło szyi, łykanie od czasu do czasu kawałeczków lodu, picie po trosze mleka na lodzie trzymanego, lewatywy z 0,50 siarkanem chininu, wziewania rozczynu równych części wody wapiennéj i zwyczajnéj. Po południu stan migdałów o tyle lepszy, że złóg tu i owdzie cieńszy, w niektórych miejscach widać błonę śluzową rozpulchnioną, znacznie obrzękłą, połykanie mniéj bolesne, przez całe popołudnie była wesołą i dobrze połykała, pod wieczór zaś skarżyła się na dreszcze przelotne, poczém jednak spała spokojnie; nad ranem gorączka się wzmagała, łykanie stało się trudniejszém. Rano 23go c. 39°C. tętno 112, głos stłumiony, nosowy, migdałki nabrzękłe, na nich złóg miejscami grubszy, miejscami cienki, tu i owdzie ledwie nalot widać; połykanie bolesne, ciecze połykane wracają nosem i ustami, gruczoły chłonne poniżéj kąta szczęki dolnéj nabrzmiewają, osutka czerwieńsza, niejednostajnie się rozpościera, występuje w oddzielnych plamach. Obecnie rozpoznanie płonicy pewne, istnienie błonicy niewątpliwe: zaleciłem wziewania i do nosa wstrzykiwania rozczynu wody wapiennéj na wpół z wodą z dodatkiem pepsynu, a wewnętrznie: *Pilocarpini muriatici 0,03. Aq. destillat. 90,0, Pepsini 0,60, Syr. cort. aurant. 10.0.* Co dwie godziny po łyżeczce kawowéj, a tuż potém wina tyleż tęgiego węgierskiego. Do rana dnia 24 grudnia nie było żadnego skutku pilokarpinu. Po południu ciepłota 39°C., tętno 112. Źrenice prawidłowe, chora nie ślini się ani poci. bierze daléj chlorek pilokarpinu 0,04 na 100 gramów cieczy, połyka łatwiéj, złóg kawałkami się odrywa, przyczém błona ślnzowa połyku i nosa nieco broczy, gruczoły podszczękowe lewéj strony więcéj nabrzękłe i bolesne; kazałem pędzlować szyję nastojem jodowym.

2) Tego dnia zachorował synek trzech letni bez wszelkich zwiastunów, osutka zwykłéj postaci po całém ciele rozpostarta, ciepłota 38°C., bólu gardła nie ma. — 25go grudnia, u dziewczynki ciepłota 38,2°C., tętno 102, połyka trudniéj, złóg na lewym migdałku mniejszy, tu i owdzie przeziera błona śluzowa rozpulchniona, z prawego migdałka część złogu wystającą szczypczykami z łatwością oddzieliłem, gruczoły podszczękowe mniejsze, niebolesna, źrenice prawidłowe, ślinienie skąpe, potów żadnych, błonica przeszła na języczek. U chłopczyka ciepłota + 38°C., osutka prawidłowa obfita. — 26go grudnia rano: Ciepłota 37,5°C., tętno 100. Obie źrenice zwężone, złóg sterczy nad poziom migdałków, przy wziewaniu zwolna się oddziela, brzegi języczka złogiem pokryte, połykanie łatwiejsze, po prawéj stronie szyi dwa gruczołki podszczękowe obrzękłe i nieco bolesne, cały język białym obłożony mułem, przy odcharkiwaniu słabe broczenie krwi, nie ma ślinienia, chora w nocy się nieco pociła, mierne oddawanie moczu, moczany obfite, osutka bledsza. U chłopczyka ciepłota + 37,5°C., popołudniu + 38°C., osutka jasna, wyraźna, chory ma się całkiem dobrze. — 28go rano u dziewczynki ciepłota 37°C, tętno 80, migdałek lewy prawie czysty, na prawym wzniesione kępki złogu odstają od błony śluzowéj, kępki są ostro odgraniczone, połykanie nieutrudnione, gruczoły podszczękowe niebolesne, łaknienie dobre, mocz w dostatecznéj ilości; nie ma ani ślinienia, ani potu. U chłopczyka nie ma najmniejszego śladu gorączki, łaknienie dobre. 29go u dziewczynki ciepłota + 37°C., tętno 96. Na prawym migdałku pozostała tylko jedna mała kępka, chora skarży się na ból stawu przydłonkowego prawego atoli wszystkie ruchy dobrze odbywa; zaleciłem posmarowanie okolicy tego stawu nastojem jodowym; źrenice zwolna rozszerzają się; chora wyżyła 0,23 chlorku pilokarpinu, od dziś dnia zostaje bez leku. Chłopczyk wczoraj miał ciepłotę 38°C., tętno 96, na lewym migdałku, mianowcie zaś na dolnym jego brzegu, widać podłużną smugę białą. Ponieważ stan chorych coraz bardziéj się poprawiał, przeto przestałem ich widywać, dopiero dnia 6go stycznia wezwano mnie do chłopczyka, którego zastałem łuszczącego się bez gorączki; nozdrza tylne, mianowicie lewe, zatkane; badając jamę ust widać tylną część podniebienia miękkiego i łuk podniebieniowy lewy nabrzękły, na błonie śluzowéj pełno wydatności wielkości prosa, łuk podniebieniowy lewy wypuklony ku przodowi, chory w nocy spał bardzo niespokojnie, rzucał się i spał z otwartemi ustami; w nosie słychać rzężenia; zaleciłem wstrzykiwania wody ciepłéj przez otwór nosowy lewy przodkowy co godzinę, zapisałem mu proszek do wsiąkania z równych części *Natrum salycilicum* i *Sacch. lactis.* Po kilku dniach cierpienie na pozór ciężkie całkiem ustąpiło.

3) Do téj saméj rodziny wezwany byłem dnia 14go stycznia do chłopczyka, 13 lat liczącego, a ucznia gimnazyjalnego, który od roku cierpi na niedokrewność i wysadzone oko lewe *(Exophthalmus)*. Choroba obecna poczęła się przelotnemi częstemi dreszczami, bólem głowy i gardła łykanie stało się utrudnioném, ciepłota ciała wynosiła +40,1°C., tętno 120, na obu migdałkach, przeważnie zaś na prawym, żółte złogi, gruczoły podszczękowe nabrzękłe i bolesne, osutki na ciele nie widać. Zaleciłem mu chlorku pilokarpinu 0,03 na sto gramów cieczy, okłady lodowe koło szyi i połykanie po kawałeczku lodu. Dnia 15go po południu ciepłota 39,5°C. wahające się tętno 96, źrenice zwężone, ślinienie obfite, jeśli leży na boku, to mu ślina gęsta wypływa ustami, pot mierny, po każdéj łyżeczce lekarstwa dostawał nudności, a nawet wymiotował, mocz nie zawiera białka, chlorki prawidłowe, złóg lewego migdałka znacznie mniejszy i cieńszy, mniéj dobry stan prawego migdałka, gruczoł szyiny jeden wielkości małego laskowego orzecha, bolesny połykanie niebolesne, chory ma łaknienie, osutki nie ma żadnéj. Dnia 17go stycznia popołudniu ciepłota 37,5°C., tętno 80, przepuszczające co trzynaste uderzenie, czy to skutek lekarstwa, nie wiadomo. Ślinienie skąpe, poty obfite, nudności ustąpiły, nie miał wymiotów, uderzenia serca dość silne i dźwięczne, łaknienie dobre. Na migdałkach

dość liczne jeszcze powierzchowne nadżerki niemal oczyszczone, natomiast języczek wydłużony surowiczo naciekły, i żółtawy nasięk dolnéj jego części, połykanie nieco utrudnione, źrenice miernie zwężone, gruczoł podszczękowy prawy mniéj bolesny. Dopiero dnia 28go stycznia widziałem go zupełnie z płonicy wyleczonego, pozostała jednak pierwotna, już dawniejsza, niedokrewność w nieco wyższym stopniu, nadto lewe oko jak dawniéj miernie wysadzone. Nieprawidłowości tętna nie ma.

(Dok. nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. Bergmann (w Würzburgu): **Uszkodzenia mózgu z objawami ogólnemi i ogniskowemi.**

Autor wykazuje niedostateczność objawów podawanych przez różnych badaczy, które miały służyć do odróżnienia wstrząśnienia mózgu od jego ucisku. Doświadczenia bowiem Kocha i Filehnego, którzy odurzali zwierzęta przez uderzanie ich w głowę, dały te same wyniki, co i doświadczenia Bergmanna, który uciskał mózg przez wtłaczanie płynu do jamy czaszkowéj. W obu razach dostrzeżono u zwierząt bezprzytomność i zwolnienie tętna, które przy silniejszém działaniu bodźca stósowanego stawało się coraz szybsze a słabsze. Po zaprzestaniu uderzeń w głowę, jeżeli tylko nie były one zbyt silne, zwierze przychodziło wkrótce do siebie; zupełnie tak samo działo się, jeżeli badacz płyn wciśnięty do czaszki i wywołujący objawy ucisku na mózg, oddalił napowrót przez wyssanie; słowem tak wstrząśnienie mózgu, jak i ucisk wywołuje działanie zupełnie takie same, i to działanie jednakowo szerzące się na mózg w całości. Wprawdzie występująca po tych szkodliwościach bezprzytomność jest objawem porażenia czynności kory mózgowéj, podczas gdy zwolnienie tętna wskazuje na zadrażnienie ośrodka nerwu błędnego, jednak sprzeczność tę łatwo wytłumaczyć na podstawie znanego z fizyjologii prawa, że bodziec pewien, nim porazi czynność nerwu, najpierw działa drażniąco. Musimy więc tylko przypuścić, że kora mózgowa, jako organ bardzo tkliwy, ulega porażeniu szybko i już przy działaniu tak słabego bodźca, który wystarcza ledwie do podrażnienia nie tak łatwo wyczerpującego się rdzenia przedłużonego. W ten też sposób tłumaczy B. sprzeczności w objawach, jakie podają różni autorowie dla odróżnienia wstrząśnienia mózgu od jego ugniecenia. Jeżeli bowiem zadziała słabe wstrząśnienie lub wyleje się nieznaczna ilość krwi do jamy czaszki, to wpływ ten może wystarczyć do porażenia czuléj kory mózgowéj a ośrodek n. błędnego może wcale nie oddziaływać na ten zbyt słaby bodziec. W takim razie chory będzie bezprzytomny, lecz tętno pozostanie prawidłowém. Przy silniejszych wstrząśnieniach czaszki lub większéj ilości krwi wynaczynionéj kora mózgowa będzie porażona, lecz bodziec ten wystarczy tylko do podrażnienia n. błędnego, a więc klinicznie wystąpią wtedy bezprzytomność i zwolnienie tętna. Przy najwyższych stopniach szkodliwości kora mózgu i n. błędny są porażone, zatém obok bezprzytomności będziemy mieli i przyspieszenie tętna. Z tego zatém wnosi B. że z objawów klinicznych możemy tylko rozpoznać ogólne cierpienie mózgu. Do rozstrzygnięcia zaś ważnego pod względem leczniczym pytania, czy w danym przypadku mamy do czynienia z wstrząśnieniem mózgu lub uciskiem nań, musimy szukać innych danych. Czasem kierujemy się rodzajem urazu, np. jeżeli czaszka została przebita nożem, to istniejące objawy ogólnego cierpienia mózgu odniesiemy raczéj do ucisku przez krew wynaczynioną niż do wstrząśnienia. W wątpliwych przypadkach opierać się możemy jedynie na przebiegu choroby. Do przypuszczenia czystego wstrząśnienia upoważnia według Bergmanna jedynie szybki przebieg. Albo uraz był tak silny, że poraził wszystkie czynności mózgu, w takim razie śmierć nastaje szybko, albo przy słabszym urazie mózg odzyskuje wkrótce swe czynności i chory wraca do zdrowia. Dłuższe utrzymywanie się objawów chorobowych lub ich wzmaganie się może mieć miejsce jedynie przy ucisku na mózg. Wprawdzie może istnieć powikłanie obu tych stanów. Gwałt zadany wywołuje równocześnie i wstrząśnienie mózgu i wynaczynienie krwi. W takim razie, jeżeli chory nie ulegnie urazowi, może ustąpić w krótkim czasie pewna część objawów, tj. zwolnienie tętna i nieregularny oddech, lecz bezprzytomność utrzymywać się będzie dłużéj i ustępować zwolna, w miarę wsysania się krwi wynaczynionéj.

Trudniéj jeszcze oznaczyć miejscowe uszkodzenie mózgu, które wystąpić może po zadziałaniu jakiegokolwiek gwałtu na głowę, a trudność ta polega głównie na tém, że w przypadkach chirurgicznych uszkodzoną jest przeważnie kora mózgowa, a powtóre że obok zniszczenia mózgu miejscowego istnieją zwykle objawy ogólnego zajęcia mózgu. Pierwszy moment utrudnia rozpoznanie ogniskowego cierpienia o tyle że według doświadczenia mogą być zniszczone znaczne części kory mózgowéj bez wywołania jakichkolwiek objawów klinicznych. Najłatwiéj jeszcze rozpoznać uszkodzenia ośrodków ruchowych, leżących wzdłuż brózdy Rolanda. Jako przykład przytacza B. następujący przypadek:

20-letnia dziewczyna spadła z 2go piętra na kupę kamieni. Po kilku minutach bezprzytomności wstała, i o własnych siłach przyszła do szpitala. Obok rany na czole po stronie prawéj, tuż na granicy porostu włosów, sięgającéj do nienaruszonéj kości znaleziono ranę drugą rozciągającą się od muszli prawéj aż do szczytu głowy. W środku téj rany widać kość obnażoną w ograniczoném miejscu kilkakrotnie złamaną i wgniecioną. Objawów porażenia nie ma. Przy trepanacyi wypłynęła z pod poszarpanéj opony twardéj dość znaczna ilość istoty mózgowéj. Ranę mózgu pokryto płatem skóry, w głąb jéj zaprowadzono sączek gumowy. Wkrótce po operacyi wystąpiło porażenie zginaczy palców lewéj ręki, nazajutrz porażenie lewego nerwu twarzowego. W następnych dniach porażenie zajęło lewe przedramię, w którém, podobnie jak i w porażonéj połowie twarzy, występowały od czasu do czasu drgawki. Objawy te jednak już po 14 dniach ustąpiły a w 37 dniu chora opuściła szpital zupełnie wyleczona. W przypadku tym więc obrzęk sąsiednich części, jaki towarzyszy każdéj ranie mózgu, zajął ośrodek ruchowy dla lewéj odnogi górnéj; po wygojeniu się rany obrzęk ten ustąpił, a odnoga cierpiąca wróciła do prawidłowego stanu.

W przypadkach zatém takich oznaczenie nadwerężonéj części mózgu jest względnie łatwém. Trudniejsza sprawa w obec przeważających objawów ogólnego cierpienia mózgu. Gdy bowiem chory leży bezprzytomny, bez ruchu, nie możemy oznaczyć, czy u niego ta lub owa odnoga jest porażoną, lub czy np. ośrodek mowy jest uszkodzony lub nie. W takich razach z rozpoznaniem ogniskowego cierpienia musimy czekać aż do nastąpienia przypadów ogólnego zajęcia mózgu, albo też już nawet obok nich istnieją pewne ob-

jawy ogniskowe, a B. opisuje przypadek, w którym jedyną wskazówką zniszczenia kory mózgowéj na lewéj półkuli było stałe zbaczanie oczu ku stronie lewéj i sekcyja wykazała rzeczywiście zmiażdżenie tylnéj części lewego płatu skroniowego i tylnego koło brózdy Sylwijusza (chory ten spadł z 5 piętra, za życia znaleziono znaczną wybroczynę pod skórą na czole po stronie prawéj, a dzień przed śmiercią, tj. w 4 dniu choroby, stwierdzono tarczę zastoinową w oku lewém). Że stałe zboczenie ócz ku jednéj stronie uważać należy za objaw ogniskowego cierpienia mózgu, wiemy dopiero od czasu badania Duvala nad początkiem nerwu okoruchowego. Według tego badacza bowiem gałązki tego nerwu idące do m. prostego wewnętrznego biorą początek w środku nerwu odwodzącego, tak że zniszczenie tego ostatniego, np. po stronie prawéj wywołuje równocześnie i porażenie m. prostego zewnętrznego prawego i wewnętrznego lewego. W wspomnianym więc przypadku zniszczenie istoty korowéj po stronie lewéj wywołało porażenie ośrodka n. odwodzącego po stronie prawéj i ztąd pochodziło stale utrzymujące się zbaczanie oczu na lewo. (*Volkmanns Samml. klin. Vorträge* Nr. 190). *Dr. Schramm.*

F. Nawrocki. **O nerwach potowych głowy** (*Medycyna* Nr. 52, 1880).

Gdy nie udało się autorowi przez drażnienie ośrodka dla wydzielania potu lub zadawanie odpowiednich trucizn wywołać u kota pot na częściach pyska w gruczoły potne zaopatrzonych, powitał on z radością pracę Luchsingera, który wykazał, że nerwy potne ryja u świni przebiegają w nerwie współczulnym na szyi i w n. podoczodołowym, nie zaś w nerwie twarzowym. Że u ludzi podobne zachodzą stosunki, wykazały spostrzeżenia tak Domańskiego (Przegląd lekarski Nr. 30 i 31 z r. 1876, *Centralblatt für Nervenheilkunde* 1878, Nr. 5.) jak i samegoż autora. Ponieważ atoli inni, a między nimi Adamkiewicz, umieszczali nerwy potowe głowy w n. twarzowym, za czém przemawiały, przynajmniéj pozornie, niektóre postrzeżenia w porażeniu gośćcowém i traumatycznem nerwu twarzowego, przedsięwziął autor szereg nowych doświadczeń i to na prosiętach.

Drażnienie nerwu współczulnego na szyi prądem indukcyjnym wywoływało obfite wydzielanie się potu na odpowiedniéj połowie ryja, gdy takież drażnienie nerwu twarzowego pozostało pod tym względem bez skutku. Drażnienie atoli przerzeczone nerwu współczulnego na szyi nie miało żadnego wpływu na wydzielanie się potu po przecięciu nerwu podoczodołowego, którego atoli drażnienie osobne prądem indukcyjnym prowadziło do obfitego potu. W ten sposób potwierdził autor zdanie Luchsingera.

Poszukiwania anatomiczne wykazały, że z pierwszego zwoju szyjnego nerwu współczulnego odchodzą dwie gałęzie: jedna tak zwana zewnętrzna leży poniżéj stawu szczękowego i zwraca się ku twarzy, gdy druga wewnętrzna idzie w górę do czaszki, przebiega przez zatokę jamistą i po stronie wewnętrznéj łączy się z nerwem troistym. Drażnienie nerwu współczulnego na szyi po przecięciu nerwu troistego powyżéj zwoju Gasserowego wywołuje pot na ryju. Udało się nawet w jednym przypadku, po wyjęciu zupełném mózgowia z rdzeniem przedłużonym, wywołać obfitą wydzielinę potu przez drażnienie nerwu współczulnego na szyi. Badając daléj podania Luchsingera odkrywał autor rdzeń pacierzowy i otrzymywał wydzielanie się potu przy drażnieniu 2, 3 i 4 korzenia przedniego nerwów rdzeniopacierzowych.

Według tych doświadczeń nerwy potne głowy przebiegają w sposób następujący: wychodzą ze wspólnego ośrodka dla wydzielania potu w rdzeniu przedłużonym do rdzenia pacierzowego, ztąd przez 2, 3 i 4 korzeń przedni, *rami communicantes* do części naprzód piersiowéj, następnie szyjnéj nerwu współczulnego a z pierwszego zwoju szyjnego przez jamę czaszkową do nerwu troistego przez nerw podoczodołowy do ryja. *D.*

Rosenbach: **O szmerach płucnych i opłucnowych wrzekomych.**

Już w r. 1876 zwrócił R. uwagę na właściwy rodzaj szmerów furczących w klatce piersiowéj, bardzo zbliżonych do suchych rzężeń średnio i drobno bańkowych, które bardzo łatwo z ostatniemi można pomylić, właśnie dla tego, że słychać je najczęściéj na miejscach będących ulubioną siedzibą spraw gruźliczych albo nieżytowych w płucach jak nad oboma szczytami w okolicy nad i podobojczykowéj, z tyłu zaś powyżéj grzebienia a rzedziéj poniżéj grzebienia łopatki. Ponieważ z wyjątkiem Stokesa, który o nich tylko pobieżnie wspomniał, nikt dotąd w literaturze nie zwrócił na szmery te uwagi, praktyczna zaś doniosłość tychże jest wielką, nie od rzeczy będzie zapoznać się z istotą i znaczeniem szmerów piersiowych wrzekomych, tudzież nauczyć się odróżniać je od rzężeń prawdziwych.

Szmery wrzekome powstają prawie wyłącznie u osób chudych, u których mięśnie w okolicach wyszczególnionych nie pokryte są warstwą tłuszczu, słychać je tylko podczas wdechu i to tém wyraźniéj im wdech był głębszy, nie występują jednak zaraz w początku wdechu i nie znikają zupełnie, jeżeli się na szczycie wdechu oddech zatrzyma. Brzmienie ich jest bardzo zbliżone do suchych furczących albo skrzypiących rzężeń, rzedziéj do tarcia opłucnowego; nie są one w ciągu całego wdechu jednostajne lecz przerywane (*saccadirt*) i przy końcu jawniejsze, kaszel nie wywiera na nie najmniejszego wpływu.

Przyczyną tych szmerów jest kurcz mięśni oddechowych, na których opiera się stetoskop i dla tego słychać je najwyraźniéj na mięśniach silnie kurczących się niepokrytych tłuszczem, usłyszemy je tak samo na mięśniu pobudzonym przez prąd indukcyjny lub przy kurczu mięśnia np. dwugłowego bez równoczesnego ruchu ramienia. Przesuwanie się skóry pod stetoskopem nie przyczynia się wcale do ich powstawania, bo słychać je także na szczycie wdechu i przy zatrzymaniu wdechowém oddechu gdy kurcz mięśni dochodzi do *maximum*, a przesuwanie i podnoszenie się skóry tém samém ustaje. Są to więc szmery mięśniowe i dla odróżnienia ich od rzężeń płucnych posłużyć mogą następujące cechy rozpoznawcze: 1) Symetryczne występowanie szmerów nad oboma szczytami płuc, ich bezwzględnie jednakowe brzmienie i pewna ciągłość i stałość w przeciwstawieniu do rzężeń, które zwykle odznaczają się nieregularnością i zmiennością w natężeniu i jakości. 2) Obok szmerów mięśniowych słychać prawidłowy pęcherzykowy oddech. 3) Kaszel nie wywiera na nie żadnego wpływu, gdy rzężenia często po kaszlu nikną. 4) Przy zatrzymaniu oddechu na szczycie wdechu słychać je wyraźnie, rzężenia zaś, a zwłaszcza w małéj ilości wydzieliny, w oskrzelach się tworzące w przerwie oddechowéj nie mogą być słyszalne. Silniejsze pociśnięcie stetoskopem usuwa niekiedy szmery mięśniowe albowiem wstrzymuje kurczenie się mięśnia.

Nie mniejsze znaczenie mają szmery mięśniowe w dolnych i bocznych częściach klatki piersiowéj słyszalne a do tarcia opłucnowego tak bardzo zbliżone, że je nieraz odróżnić nie można. Najulubieńszém miejscem tych szmerów są przestrzenie międzyżebrowe od 6go do 10go żebra pomiędzy przodkową a tylną liniją pachową; najlepiéj słyszeć się dają u osób chudych, których przestrzenie międzyżebrowe szerokie, ruchomość dolnéj granicy płuc znaczna, a mięśnie warstwą tłuszczową niepokryte; w tych razach naśladują one wybornie trzeszczenie świeżéj skóry a nieraz wyczuć je nawet można przy macaniu. Powstają przy kurczeniu się wdechowém mięśni międzyżebrowych a odznaczają się tak jak szmery pierwsze regularnością, stałością i równością w natężeniu, podczas gdy tarcie opłucnowe bardzo często swój charakter zmienia.

W razie obecności wybitnych objawów zapalenia opłucnéj, szmery mięśniowe lub wrzekomo opłucnowe nie dadzą powodu do omyłki, jeżeli atoli będziemy mieli przed sobą niepewne przypadki zapalenia opłucnéj, które przytém i innym cierpieniom są właściwe, obok szmerów mięśniowych, jak to być może np. w myalgii, reumatyzmie mięśni międzyżebrowych, rozpoznanie nasze rzeczywiście może być mylne. Ale i tu pamiętać należy o tém, że gdy szmery mięśniowe zawsze symetrycznie po obu stronach klatki piersiowéj są słyszalne zapalenie opłucnéj zajmuje zwykle jedną tylko stronę, wyjąwszy ciężkie z wysoką gorączką i wysiękiem połączone przypadki. Jeżeliby jednak zachodziła wątpliwość a anamneza dostatecznie nie wyświeciła źródła cierpienia, można się uciec do prądu indukcyjnego, który należycie zastosowany na cierpiące mięśnie natychmiast wielką ulgę sprowadza w obec myalgii, na zapalenie opłucnéj zaś nie wywiera najmniejszego wpływu. (*Breslauer ärztl. Zeit.* Nr. 4, 1881.)

Dr. T. W.

Pisarewski: **Istota kiły**.

W zakładzie anatom. patol. prof. Kryłowa w Charkowie czynił P. poszukiwania pod względem ustrojów pasorzytnych na 4 stwardniałościach kiłowych pierwotnych, z których dwie były świeże (3 i 6 dni od powstania) dwie zaś dawniejsze (towarzyszyły im już zmiany ogólne). Z wyniku tych poszukiwań (*Wracz* 1880, Nr. 18—19) chcemy zdać niniejszém sprawę.

Więc najprzód P. znalazł to, co nie jest nowém. Preparat, stwardniały w cieczy Müllerowskiéj i wyskoku lub tylko w ostatnim, przedstawia w tkance łącznéj: 1) Naciek komórek granulacyjnych w kształcie gniazd, zrazu odosobnionych, następnie zlanych ze sobą, tak że w starszych stwardniałościach znika obraz drobnowidowy, właściwy skórze lub błonie śluzowéj, a miejsce tkanki włóknistéj zajmują komórki granulacyjne. 2) Siedzibą nacieków jest szczególniéj okolica naczyń krwionośnych. 3) Co do jakości ostatnich, to *a)* naczynia w stwardniałości nowopowstałe odznaczają się bardzo znaczną grubością ścian, i dają na przekroju obraz kółek dośrodkowych, złożonych z komórek wrzecionowatych, — podobnież ma się rzecz z naczyniami *b)* dawnemi. Obwód ich zewnętrzny jest zmieniony częścią na okrągłe komórki granulacyjne, częścią składa się z komórek wrzecionowatych, ułożonych w kształcie kółek dośrodkowych; obwód zaś wewnętrzny jest częścią złożony z warstw, częścią jednostajny, z rozsianemi wielkiemi jądrami. Nadto ostatni tworzy fałdy. W skutek tego światło naczyń przedstawia figurę, którą zowiemy pospolicie rozetą, i jest w stosunku do grubości ścian bardzo zmniejszone. 4) Daléj P. znalazł, co, zdaniem jego, jest rzeczą nową, że cała stwardniałość napełniona jest licznemi jamkami i kanałami, z których ostatnie przebiegają zwykle w kierunku naczyń krwionośnych, przewyższając takowe atoli kilkakrotnie pod względem objętości. Ściany tych dróg nie są z osobnéj błony, a wyściela je śródbłonek nienaruszony. Są to rozgałęzienia naczyń chłoniczych. 5) Wewnątrz są one, i to właśnie jest bezsprzecznie nowe spostrzeżenie, w części próżne, w części napełnione kuleczkami limfy, w części wreszcie istotą właściwą, która się składa z ziarneczek okrągłych, skupionych w gniazda, i masy jednostajnéj, przeźroczystéj, która gniazda przedziela. Ziareczka te leżą zazwyczaj pod ścianą kanału, i nie różnią się od siebie pod względem kształtu i wielkości. Ostatnia atoli nie pozostaje w prostym stosunku do wielkości kanału lub jamy, w któréj się mieszczą. Gniazda powyższe P. uważa za gromady niższych ustrojów, które otacza zoogloea [1]). Co do zachowania się ich względem odczynników i barwideł P. wykazuje, że gotowanie w równych częściach wyskoku i eteru nie sprowadza w nich zmiany, dodanie zaś kwasu octowego zgęszczonego tudzież ługu potasowego 10—20—30%, zmieniając mocno utkanie stwardniałości, uwydatnia tylko tém lepiéj istotę ziarnistą, która występuje wyraźniéj w skutek wyjaśnienia masy otaczającéj ziarnka. Barwidła nie imają się istoty powyższéj, chyba po poprzedniém zapuszczeniu jéj kwasem octowym lub rozczynem potasu żrącego. Najodpowiedniejszém barwidłem okazał się haemakoxylin, anilin metylowy i zieleń metylowa. Ostatnia nadaje tkance barwę zielonkowato-niebieską, istocie zaś, o któréj rzecz, brunatną i to ziarnkom ciemniejszą od otaczającéj je masy. Za dodaniem kwasu siarkowego zgęszczonego ziarnka pęcznieją, i rozpływają się powolniéj niż utkanie stwardniałości, co, zdaniem P., stanowi właściwość komórek roślinnych. 6) Pręcików i helikomonad, jakie wychowywał Klebs, P. nie widział, przypuszcza atoli, że takowe mogą stanowić pewne stopnie rozwoju ustrojów drobnowidowych, stanowiących istotę kiły. (*Viertelj. f. Dermat. u. Syph.* 1880, s. 390).

Dr. Różański. (Lwów).

Wiadomości pomniejsze.

(T.W.) **Leczenie wrzodów żylakowatych podudzia podskórnemi wstrzykiwaniami wyciągu sporyszowego.** Dr. Mayerhoffowi udało się niepokonane dotąd żylakowate wrzody podudzia w 9ciu przypadkach (*Deutsche med. Woch.* 1881 Nr. 8), przez następujące leczenie w krótkim czasie usunąć. Obok użycia 2% kwasu karbolowego jako leku opatrunkowego wstrzykiwał w okolicę wrzodu podskórnie między najgęściejszą sieć żylną *Extr. secal. cornuti* w ilości 0,10 naraz, wstrzykiwanie powtarzał co 2gi lub co 3ci dzień, po każdém wstrzyknięciu obwinął podudzie opaską flanelową i choremu zalecił przez jeden dzień przynajmniéj spokój. Najwięcéj po ośmiu zastrzyknięciach we wszystkich 9ciu przypadkach nawet bardzo uparte i zastarzałe wrzody zagoiły się, rozdęte żyły kurczyły się i zanikały, w jednym przypadku po 4ch latach nie odnowił się wrzód. Zastrzyknięcie samo sprawia wprawdzie ból czasem kilka godzin trwający, do ropienia jednak nie przyszło ani razu.

(T.W.) **Leczenie wrośniętego paznokcia** (*Onychia*). W przypadkach najczęstszych, w których paznokieć i jego osada (*matrix*)

---

[1]) Kolonija niższych ustrojów, które bez ruchu spoczywają, objęte wydzieloną z nich cieczą galaretowatą.

są nieuszkodzone a tylko w bocznych rowkach, wskutek zapalenia skóry i tkanki, podskórnéj znajdują się wrzody granulujące lub strupami pokryte, poleca Monod (*Union médicale*), po poprzedniém rozmiękczeniu, cały rowek paznokciowy powoli ale głęboko azotanem srebrowym wytuszować w celu zniszczenia granulacyj, następnie cały paznokieć przykryć *c. Empl. diahylon* i palec obwinąć. Ból wywołany tuszowaniem nie trwa długo, za to nieraz już nazajutrz chory może wygodnie chodzić i nie czuje nawet silniejszego ucisku na paznokieć. Jeżeli nie zniszczono od razu wszystkich granulacyj i ból na nowo wraca, należy kauteryzacyją powtórzyć.

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcyja lekarska Tow. Przyj. Nauk Pozn.

Posiedzenie z dnia 13go stycznia 1881.

Przewodniczący w zastępstwie kol. Mateckiego: kol. Kaczorowski.

Sprawozdanie z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto. W dyskusyi nad chorobami obecnie panującemi wspomina przewodniczący o kilku przypadkach tyfusu osutkowego i jelitowego. Tyfus osutkowy miał przebieg dość łagodny, tyfus jelitowy tymczasem powstawał często podstępnie i nagle. W jednym z takich przypadków znalazł kol. Kaczorowski w całém cienkiém jelicie zaledwie 6 małych wrzodzików. Kol. Jarnatowski mówi o zaraźliwości tyfusu w pewnéj rodzinie na Wielkich Garbażach i o kilku przypadkach dyfteryi, leczonéj chlorkiem pilokarpinu. Nigdy nie mógł kol. J. stwierdzić przy tym sposobie leczenia ślinotoku.

Następnie podaje kol. Kaczorowski kilka uwag o soli kuchennéj. Sól kuchenna, tak ważną odgrywająca rolę w ekonomii zwyczajnego odżywienia naszego, bywa w czasie chorób, pociągających za sobą ściślejszą dyjetę, zazwyczaj odsuwaną. Nie może to być, zdaniem kol. K, wcale obojętną rzeczą dla ustroju, gdy mianowicie w przeciągu dłuższych spraw chorobowych pierwiastek dlań uszczuplonym bywa, którego za zdrowia każdy człowiek instynktownie odszukuje jako niezbędnego pokarmu. Dawniejsi lekarze używali soli kuchennéj jako leku, mianowicie jako środka podniecającego trawienie w chorobach narzędzi pokarmowych, w nieżytach żołądka i jelit, zaparciu, daléj przeciwko zołzom, wólom, nawet kile; przeciw nieżytom płucowym; cukrzycy, zadyszce, suchotom płucowym, padaczce itd. (Latour, Most, Bataille). Przeciwko suchotom krtani zalecali mlecz śledziowy J. Frank i Hufeland, a przeciw krwotokom płucnym podawali drobno utartą sól kuchenną Rusch i za nim wielu innych. Jako środek wymiotny używaną była także sól kuchenna w wielkich dawkach, mianowicie z okoliczności otrucia ciałami narkotycznemi, grzybami. Obecnie używamy wprawdzie jeszcze soli kuchennéj w tych samych prawie chorobach, a szczególnie nieżytach mniéj więcéj wszystkich narzędzi, w przypuszczeniu, że chlorek sodowy pobudzając wydzielanie gruczołków śluzowych, rozpuszcza i uprząta chorobowe utwory, ograniczamy się jednakże prawie wyłącznie do używania tegoż leku w formie już to wód mineralnych, zawierających pomiędzy innemi składnikami także i sól kuchenną, już to kąpieli solankowych i to przeważnie latem w kuracyjach u wód.

Przy łóżku chorego, szczególniéj w ostrych przypadkach, sól kuchenna wyszła z używania: nawet w krwotokach płuc zaledwie jeszcze pomiędzy starszymi lekarzami znajduje zwolenników. Kol. Kaczorowski ze względu nie tylko na ważność dowozu soli kuchennéj dla sprawy odżywiania. ale i na własność jéj przeciwgnilną podaje wszystkim chorym gorączkującym w miejsce zazwyczaj przepisywanych kwasów najmniéj co godzina łyżkę 2—5% rozczynu soli kuchennéj i dostrzegł przy tém, że chorzy nie utracają tak jak zazwyczaj łaknienia, a będąc skorszymi do przyjmowania pokarmów, po wyzdrowieniu rychléj do siebie przychodzą. Dzieje się to zdaniem kol. Kaczorowskiego głównie skutkiem ustawicznéj desinfekcyi jamy ustnéj, która, co się przeważnie na języku odźwierciadla, nie tyle wysycha, nie pokrywa się strupami, a może i od gorszych dyfterytycznych zabezpieczoną bywa złogów. Szczególnie w tyfusie jelitowym, gdzie w dalszym biegu nikną zupełnie chlorki z moczu, poleca kol. K. wyżéj wzmiankowane podawanie soli kuchennéj, która zarazem reguluje wypróżnienia jelita, nie dopuszczając zbyt częstéj biegunki.

W dyskusyi, jaka się po wykładzie kol. K. wywiązała, zabierali głos koll. Świderski, Koszutski, Gąsiorowski, prelegent i sekretarz.

Przy wyborze nowego zarządu na rok 1881 wybrano jednogłośnie na przewodniczącego kol. Mateckiego, a na sekretarza Dra Święcickiego. *Dr. Święcicki.*

Walne zebranie sekcyi lekarskiéj Tow. Przyj. Nauk Poznańskiego.

Posiedzenie II dnia 3go lutego 1881 r.

Przewodniczący w zastępstwie kol. Mateckiego kol. Kaczorowski. Sprawozdanie z ostatniego posiedzenia przeczytano i przyjęto. Poczém wspomina przewodniczący w kilku serdecznych słowach o 50-letnim jubileuszu prof. Majera i wzywa członków dla okazania czci i szacunku dla dostojnego jubilata do powstania z miejsc swoich. Co gdy się stało, mówi kol. Kapuściński o operatywném leczeniu ropiastych wysięków opłucnéj. Prelegent opowiedziawszy historyczny przebieg wspomnianego rękoczynu, podnosi, że dopiero od czasu wprowadzenia w chirurgiją opatrunków przeciwgnilnych operacyja mająca na celu wypróżnienie ropiastych wysięków z jamy opłucnéj ogólnie została przyjętą i jak najlepsze wskazuje rezultaty. Kwestyją rozpoznania jakości wysięków rozstrzyga kol. K. na korzyść strzykawki Pravaza i téj jedynie we wszystkich bądź to pewnych bądź to niepewnych przypadkach zapalenia opłucnéj lub płuc dla stwierdzenia rozpoznania używać zaleca Wszelkie inne metody rozpoznania w kwestyi wysięków opłucnéj uważa prelegent za niepewne. Komuby ostry koniec igły obawę miał sprawiać, aby w danym razie płuc nie zranić lub nie przebić, temu zaleca mówca przyrząd Dra Hensleya, polegający na tém, iż przez środek igły Pravaza przechodzi trójgraniec, dający się po przebiciu wycofać, a pozostała w jamie tulejka nie może żadnych obrażeń wywołać. Następnie zastanawia się prelegent nad tém, czy wysięk ropiasty, ręką chirurga nietknięty, może być wessany i odpowiada na to przecząco. W dwojaki wszakże względnie dla chorego korzystny sposób eliminacyja wysięku nastąpić może. I tak ropa dostaje się na zewnątrz między żebrami, tworząc t. zw. przetokę piersiową, albo przedziera się przez opłucną do płuc. W obydwóch razach przebieg choroby jest długi, a wyleczenie zupełne należy do rzadkich wypadków. Co do operacyi saméj przechyla się kol. Kapuściński do zdania Koeniga, iż wypompowanie aspiratorem ropiastego wysięku nie uleczy, i zaleca, skoro rozpoznanie jest pewne, albo przekłucie międzyżebrza albo wycięcie kawałka żebra z następnem przekłuciem opłucnéj (*pl. cost.*). Mimo że dzisiaj wielu chirurgów skłania się do tego, aby w każdym razie wyciąć kawałek żebra, prelegent ogranicza to jednakże do tych tylko przypadków, gdzie pojedyncze żebra są za nadto ścieśnione, iżby następnie takowe na włożony sączek ucisk sprawić mogły; mówiąc o operacyi saméj uważa prelegent używane do torakocentezy nożyki Leydena i innych za zabawkę. Gdy międzyżebrza są ciasne albo gdy żebro obok przetoki się psuje, operuje kol. K. w ten sposób, iż przeciąwszy na grzbiecie żebra skórę w długości 4 do 5 cm., odsuwa tępym elewatorem Langenbecka okostną, a nożycami Koeniga wycina 2cm. długi kawałek żebra. Odsłoniwszy w ten sposób opłucnę przecina ją w samym środku. Mimo że Koenig pierwszy opatrunek zostawia tylko 24 godzin, a następnie zmienia go co 3 lub 6 lub 12 dni, prelegent zmuszony był codziennie przeciwgnilnemi środkami jamę opłucną wypłukiwać, Używał do tego 5—10% rozczynu kwasu borowego z dodatkiem $2\frac{1}{2}$-5% rozczynu chlorku sodowego, który mając większą ciężkość gatunkową od ropy, takową z głębi jamy opłucnéj porusza, a poruszając do odpływu zmusza. Następnie przechodzi kol. Kapuściński do opisu trzech odpowiednich przypadków chorobowych, z których każdy odmienny przedstawia przebieg. Otóż one w skróceniu: St. Czajkowski 8-letni syn nauczyciela przyjęty został 11go czerwca z r. do szpitala dziecięcego. Chłopiec był wynędzniały, anemiczny, stos pacierzowy skoliotyczny, a cała strona lewa klatki piersiowéj wklęśnięta. W okolicy 6 żebra w bliskości linii sutkowéj widoczny jest otwór, bujną otoczony ziarniną,

z którego cuchnąca sączy się ropa. Lewa część płuca zaledwie w górnych tylnych częściach jako tako normalnie funkcyjonuje Anamneza wykazała, że przed 3 laty lekarz miejscowy przebił wrzód, jaki się na żebrach wśród gorączkowéj choroby wytworzył. Po wyłyżkowaniu ziarniny i skonstatowaniu przetoki jamy płucowéj, poprowadził kol. K. srebrną kanulę Eliasa i przepłukał jamę rozczynem kwasu salicylowego (1 : 300). Pomimo codziennych wypłukiwań i ścisłych opatrunków przeciwgnilnych pacyjent wieczorem gorączkował, a wysięk cuchnął. Przystąpiono tedy do resekcyi żebra, którą wykonał w miejscu przetoki kol. Zielewicz w asystencyi kol. Kapuścińskiego. Ropy wypłynęło nader wiele, a jamę wypłukiwano przeciwgnilnemi rozczynami. Ponieważ jednakże odpływ ropy nieustawał a pacyjent gorączkował, zrobił prelegent po raz wtóry resekcyję żebra, przyczém natrafił na 2cm. zgrubiałe błony na opłucnéj leżące. Poprzecinawszy takowe, odsłonił mówca jamę płucową natychmiast z otworu poczęła się wydobywać ropa w obfitéj ilości. Odtąd pacyjent przychodził do zdrowia, zgrubiałe błony powoli wyropiały i przetoka się zrosła. Obecnie cieszy się pacyjent zupełném zdrowiem. Drugi przypadek dotyczył 5-letniego Kaz. Bajchlera, który po żarnicach dostał zapalenia opłucnéj o wysięku surowiczym. Wysięk ten zropiał następnie i zajął cały bok lewy. Po przecięciu między 8 a 8 żebrem wypłynęło 900cgr. ropy i jamę wypłukano 10% kwasem borowym. Ponieważ matka dziecka nie stosowała się do rad i przestróg jéj udzielonych i dozwalała dziecku biegać i na wszelkie zmiany atmosfery się narażać, przeto stan pacyjenta od razu się pogorszył. Chłopiec zaczął znowu gorączkować a po kilku dniach skonstatował kol. Kapuściński zajmującą komplikacyję porażenia lewych odnóg i afazyją. Gdy stan ten po niejakimś czasie się poprawił, zrobił prelegent resekcyję 9go i 8go żebra z tyłu. Ropy wyszło nader wiele. Ciepłota z dniem każdym opadała, a wydzielina ropna stawała się mniejszą. Chłopczyk odzyskał wkrótce swe siły. Ostatni przypadek dotyczył 13go gimnazyjasty Michała W. Przeziębiwszy się dostał pacyjent wśród silnéj gorączki zapalenia błony płucowéj po stronie prawéj. Igła Pravaza wykazała wysięk ropny. Ponieważ strzykawka Pravaza w bliskości stosu pacierzowego ropy nie wykazała, operował prelegent w linii pachowéj i wyciął 2½cm. długi kawałek żebra. Przy wypłukiwaniu jamy 10% rozczynem kwasu borowego wydzieliło się nader wiele błon rzekomych. Po założeniu sączka i opatrunku przeciwgnilnego ciepłota wieczorna natychmiast opadła. Chory nie przychodził jednakże do siebie. Skolioza obszernych rozmiarów, klatka piersiowa po stronie operowanéj ściśnięta, stłumienie poniżéj kąta łopatki, niepewne oddechowe zjawiska, wypieki na twarzy, wszystko to kazało kol. K. przypuszczać, że ropa gdzieś się zatrzymać musiała i jest powodem tych nieprzyjemnych objawów. Wszedłszy kateterem Mersièra do jamy odpowiadającéj mniéj więcéj 4 żebru w linii osutkowéj, wypuścił prelegent w rzeczy saméj kilka łyżeczek ropy. Ranę wypłukiwano codziennie rozczynem chlorku zynku i chory przychodził widocznie do siebie. Przetoka się zarosła, a wszelkie stłumienie pod łopatką jakotéż anormalne szmery oddechowe zupełnie znikły. — Po odczycie tym wywiązała się ożywiona dyskusyja, w któréj zabierali głos koll. Kaczorowski, Zielewicz, Batkowski i prelegent. Kol. Kaczorowski poleca w tych przypadkach, gdzie nie ma odpowiedniéj asystencyi, użycie żegadła Paquelina, zamiast noża. Przy ropie cuchnącéj używał kol. Kaczorowski do wypłukiwania z dobrym skutkiem rozczynu olejku eukalyptusowego. *Dr. Święcicki.*

V. List ze Lwowa.

Jako delegat Tow. lek. krak. winienem zdać sprawę z nieoficyjalnéj części zebrania delegatów na Walne zgromadzenie Tow. lek. gal., z natury bowiem rzeczy urzędowe sprawozdanie sekretarza objąć jéj nie może. Skromna wspólna uczta, bardzo miła z powodu serdecznego nastroju uczestników, zapełniła przerwę między dwoma posiedzeniami zebrania, które od 11 godziny przed południem do późnego trwało wieczora. Brali w uczcie udział, z bardzo małym wyjątkiem, wszyscy delegaci, którzy tym razem liczniéj niż dotąd się zgromadzili, a było im swojsko i miło jak w gronie najżyczliwszych, co niejednokrotnie z ust wielu uczestników słyszałem. To pierwszy akt tryjumfu założycieli Tow. lek. gal. Pomijam, że tak powiem, materyjalną połowę uczty, a wspomnę o jéj części duchowéj. Tworzyły ją rozmaite toasty, o których w krótkich słowach wspomnę. Pierwszy zabrał głos gospodarz uczty Dr. Rieger wnosząc toast na cześć przewodniczącego Tow., powszechnie cenionego protomedyka Dra Biesiadeckiego. W słowach z serca płynących podniósł on zasługi jego około dobra Tow. lek. gal., wspomniał o staraniach w sprawie połączenia z Tow. lek. krak. i oddał zasłużony hołd niestrudzonym zabiegom jego około pomnożenia funduszu dla wdów i sierot. Dzięki tym zabiegom rósł fundusz bardzo raźno przez nadzwyczajne dochody, których nowe źródła przewodniczący wynajdował a wreszcie stworzył trwałą w przyszłości podwalinę przez uzyskanie na własność Tow. lek. gal. zapisu Morszyna, którego właściciel zapisał ten zakład na rzecz wdów i sierot po lekarzach a członkach Tow. lek. gal. i cząstkę dochodów przeznaczył już nawet za swego życia. W odpowiedzi na toast przyznał Dr. Biesiadecki, że los wdów i sierot po lekarzach leży mu bardzo na sercu, że wytknął sobie jako jeden z celów działalności jako prezesa Tow. zwiększenie kapitału na wsparcia przeznaczonego i że cieszy się bardzo, iż zbiegiem szczęśliwych okoliczności cel bywa osiąganym. Opowiada w końcu historyję darowizny Morszyna i kończy toastem na cześć obecnego w gronie ucztujących właściciela. Następny toast wniósł właściciel Morszyna stwierdzając wyłączną zasługę Dra Biesiadeckiego, jakkolwiek bowiem miał zamiar przeznaczyć Morszyn na fundacyję, atoli co do jakości jéj nie był zdecydowany a decyzyja nastąpiła pod wpływem i natchnieniem Dra B. i w końcu wyraża życzenie, aby w akcie fundacyjnym była uwidoczniona zasługa protomedyka w sprawie uzyskania zakładu na własność Tow. lek. gal.

Jako delegat Tow. lek. krak. poczuwałem się do obowiązku zabrania głosu w imieniu tych, których miałem zaszczyt po raz pierwszy na Walném zgromadzeniu reprezentować. Wypowiedziałem to, co czułem, złożyłem hołd wszystkim około utworzenia obecnego Tow. lek. gal. zasłużonym, zaznaczyłem, że połączenie wspólnością organu i troską o cele humanitarne jest pierwszym krokiem do ściślejszego połączenia i wniosłem toast na cześć Dra Biesiadeckiego, którego zabiegom zawdzięczamy połączenie się z Tow. lek. krak. i na cześć Dra Rożańskiego, najskrzętniejszego pracownika w sprawie utworzenia i istnienia Tow. lek. gal. Następnie Dr. Merunowicz podniósł starania niektórych członków Tow. lek. krak. w sprawie połączenia, wykazał dodatne strony zjednoczenia a wnosząc zdrowie Prof. Rydla, Doc. Grabowskiego i Prof. Domańskiego dał pobudkę do wychylenia kielicha na pomyślność i zgodny rozwój obu Towarzystw. Po nim przemówił Dr. Biesiadecki z Jasła i w żartobliwych wyrazach oddał cześć najstarszemu wiekiem „jedynéj białéj głowie“ w zebraném gronie delegatów, za to że mimo wieku nie skąpi pracy dla dobra Tow., chociażby lata do odpoczynku upoważniały. Dr. Różański przypomniał zasługi pierwszych założycieli Tow. lek., z których kilku znajdowało się w gronie biesiadujących, a mianowicie Dr. Głowacki, Jasiński i Rieger i wniósł ich zdrowie dołączając zarazem toast na cześć pierwszego prezesa tegoż Towarzystwa, żyjącego Dra Maciejowskiego. Właściciel Morszynu podziękował następnie Drowi Czyżewiczowi za zabiegi w sprawie legatów Morszyna i wspomniał o udzielonéj sobie pomocy przez prof. Korczyńskiego

w sprawie podniesienia Morszyna do rzędu zakładów leczniczych i uzyskania koncesyi dla wyrobów leczniczych tego zakładu. Protomedyk Biesiadecki nawiązując do toastu na cześć pracowników Towarzystwa przypomniał zasługi i wskazał na niezmordowaną pracę obecnego sekretarza Dra Merunowicza i wychylił jego zdrowie, wreszcie delegat lwowski Dr. Jasiński zakończył szereg toastów na cześć wszystkich zgromadzonych i z dalekich stron przybyłych delegatów.

W końcu nadmienić muszę, że otrzymałem od zgromadzonych wezwanie przesłania w drodze telegraficznéj wiadomości o toastach na pomyślność i zgodny rozwój obu Towarzystw, jakotéż na cześć Prof. Dra Domańskiego, Doc. Grabowskiego i Prof. Rydla i tych wszystkich, którzy do połączenia się przyczynili, a zarazem na cześć Prof. Korczyńskiego, protektora zakładu Morszyńskiego, obecnéj własności Tow. lek. gal. Wezwaniu temu uczyniłem zadość przesyłając telegram na ręce prezesa Towarzystwa Dra H. Jordana.

W marcu 1881. *Dr. Krówczyński.*

W sprawie mleczarni lwowskiéj.

Rzecz „o mleczarniach publicznych w celach wyłącznie leczniczych" przedłożona przez Dra Bulikowskiego na posiedzeniu Sekcyi lwowskiéj Tow. lek. gal. w październiku 1880, a następnie wniosek prelegenta skłoniły też Sekcyję do wyboru Komisyi, którąby plan rzeczonéj mleczarni wypracowała. Do Komisyi wybrani zostali: wnioskodawca, Dr. Merczyński i Littich weterynarz.

Komisyja ta przedstawiła Sekcyi następujący projekt:

Zważywszy, że mleko spotykane na targu i dostarczane do domów najczęściéj bywa fałszowaném, a tém samém za mało pożywném, co więcéj szkodliwém; zważywszy, że mleko, jak to nowe nauczają doświadczenia, często bywa nośnikiem chorób zaraźliwych jakoto: płonicy, durzycy i innych; zważywszy, że mleko pochodzące od krów niezdrowych wywołuje podobne cierpienia u ludzi *(Perlsucht, tuberculosis)*; zważywszy nakoniec, że mleko zbyt leniwie dostarczaném bywa i najczęściéj do użytku dostaje się w stanie kiśnienia:—Komisyja uważa potrzebę urządzenia mleczarni celem dostarczania zdrowego mleka dla noworodków i dla osób chorych lub rekonwalescentów za naglącą. Aby dać rękojmię tak lekarzom jakotéż i publiczności, że dostarczane mleko jest wyborowém, Komisyja ma zaszczyt przedłożyć do oceny Towarzystwa lek. plan mleczarni, na wzór mleczarni zagranicznych, z uwzględnieniem stosunków miejscowych.

Plan ten podajemy w głównym zarysie:

1) Mleczarnia ma być urządzoną w obrębie miasta.

2) Nadzór nad mleczarnią powierzony będzie stałemu lekarzowi i stałemu weterynarzowi, płatnym przez właściciela mleczarni.

3) Nadto zakład pozostawać będzie pod kontrolą Sekcyi lwowskiéj Tow. lek., która wybierać będzie na rok jeden Komisyję kontrolującą, a złożoną z dwóch lekarzy. Na żądanie téj komisyi przedsiębiorca obowiązanym jest, na swój koszt, poddawać mleko przez siebie dostarczane rozbiorowi chemicznemu.

4) Obowiązkiem lekarza stałego będzie: *a)* baczyć, aby ludzie używani w zakładzie byli zdrowymi, *b)* sprawdzać jakość mleka makro- i mikroskopijnie, tudzież rozbierać je chemicznie, *c)* prowadzić kontrolę pod względem higienicznym.

5) Obowiązkiem stalego weterynarza będzie: *a)* czuwać nad zdrowiem bydła, *b)* doglądać jakości paszy, pojenia, czystości, urządzenia obory, słowem przepisów higijeny.

6) Właściciel winien uwzględniać zlecenia, wydawane mu przez lekarza i weterynarza stałego, tudzież przez Komisyję kontrolującą Tow. lek.

7) Towarzystwo obowięzuje się popierać moralnie rzeczone przedsiębiorstwo, dopóki mleczarnia urządzoną i administrowaną będzie wedle planu przez nie uchwalonego.

Każdy przedsiębiorca, chcący urządzić mleczarnię winien prócz powyższych warunków uwzględnić jeszcze następujące wymogi:

1) Stajnia ma być murowaną z pomieszczeniem dla 15 krów najmniéj. Rzeczą budowniczego jest postawić ją tak, aby w razie potrzeby powiększenia powyższéj liczby krów dała się z łatwością powiększyć.

2) Stanowisko dla jednéj krowy winno wynosić 1,50 met. szerokości, a 3,00 metry długości, wliczając w to żłób. Wysokość stajni wynosić winna co najmniéj 3,0 metry.

3) Ściany i sufit mają być tynkowane. Oprócz tego dolna część ścian, począwszy od podłogi, winna być do wysokości 1,50 m. cementowaną i olejną farbą grubo pomalowaną.

4) Podłoga ma mieć spadek należyty, i być z cegieł spajanych ze sobą cementem.

5) Pomiędzy stanowiskami krów prowadzić będzie chodnik mający co najmniéj 1,50 m. szerokości. Brzegiem stanowisk prowadzonym będzie rowek otwarty, cementowany z potrzebnym spadkiem. Rowek ten da się łatwo czyscić i spłukiwać. Tą drogą spływać będzie gnojówka do głównego krytego kanału, odprowadzającego wszelkie nieczystości do miejsca zdala od zabudowań zakładu wyznaczonego.

6) Okna mają być w ten sposób urządzone, aby nawet przy drzwiach zamkniętych dostateczne światło wpadało do wnętrza budynku. Okna opatrzone być muszą w zasłony.

7) Wentylacyja polegać będzie na zaprowadzeniu wentyli oraz i kominów wentylacyjnych.

8) Pożądanym byłby zbiornik z wodą w pobliżu krowiarni ku utrzymaniu czystości w zakładzie.

9) Rasa bydła nie może być inną tylko miejscową, i to ulepszoną przez rasę szwajcarską lub wcale nieulepszoną. Czyste rasy zagraniczne oraz rasy mięszane z holenderską są wykluczone.

10) Brakowanie krów pozostawia się ocenie gospodarza i weterynarza.

11) Krowy karmić należy przez cały rok paszą suchą. Wyjątkowo nadzór lekarski w celu uzyskania mleka więcéj aromatycznego, może dla pewnéj ilości krów zażądać użycia w porze letniéj karmy świeżéj, zielonéj. — Unormowanie racyi dziennéj dla krów oraz pojenie pozostawiają się ocenie weterynarza. Pojenie nie może odbywać się przy wspólnych poidłach.

12) Dla krów słabych lub będących na ocieleniu urządzonym będzie w osobnym budynku szpital na sztuk cztery.

13) Urządzoném będzie osobne miejsce w zakładzie do codziennego przyrządzania karmy.

14) Pokój do manipulacyi z mlekiem, czyli mleczarnia właściwa, musi być urządzoną osobno, suchą, wybieloną, zaopatrzoną w potrzebne przyrządy i odznaczać się subtelną czystością. Wszystkie naczynia używane do manipulacyi muszą być codziennie myte wodą wrzącą, następnie czyszczone sodą, a nakoniec należycie wywietrzone i wysuszone.

15) Dla prędkiéj dostawy mleka po mieście, właściciel

zakładu obowiązanym jest utrzymywać konia i wózek kryty. Mleko rozwożoném będzie we flaszkach szklanych pół- i jednolitrowych dobrze zakorkowanych i opatrzonych pieczątką zakładową.

16) Mleko najdaléj w dwie godzin po wydojeniu winno być dostawioném na miejsce przeznaczenia. Mleko zaraz po wydojeniu winno być jak najspieszniéj wyniesioném z krowiarni do mleczarni właściwéj. Wszelka manipulacyja z mlekiem w krowiarni jest wykluczoną.

Plan ten przyjętym został przez Sekcyję lwowską Tow. lek. na posiedzeniu, które się odbyło d. 4 grudnia 1880 r.

VI. Zjazd III. lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

Jakkolwiek dotychczasowe zgłoszenia się i doświadczenia z dwóch poprzednich Zjazdów czerpane nie pozwalają ani na chwilę wątpić, że liczba wykładów i przedstawionych prac na Zjeździe będzie aż nadto wystarczająca, aby zapełnić czas przeznaczony na posiedzenia sekcyjne, jednakże Wydział gospodarczy postanowił téż ze swéj strony zapewnić się co do pewnych kwestyj, które w danym razie mogłyby się stać przedmiotem dyskusyi w Sekcyjach Zjazdu, zwłaszcza że na niektórych Zjazdach lekarskich i przyrodniczych za granicą rzecz ta praktykowała się z powodzeniem w ostatnich czasach.

Tu nadmienić mi przedewszystkiém wypada, że Wydział gospodarczy, uznając naturalny podział Zjazdu na dwa główne grona, tj. Lekarzy i Badaczów natury, zastanawiał się nad Sekcyjami, jakie prawdopodobnie utworzą się na tym samym Zjeździe.

Co do Przyrodników zasiadających w Wydziale gospodarczym, ci uznali w zasadzie, że mogłyby się utworzyć następujące Sekcyje z zakresu nauk przyrodzonych:

1) Sekcyja chemiczno-farmaceutyczna;

2) Sekcyja fizyczna (obejmująca téż meteorologiję i astronomiję);

3) Sekcyja zoologiczna;

4) Sekcyja botaniczna;

5) Sekcyja mineralogiczno-geologiczna; wreszcie (jeśli się znajdą odpowiedni chętni uczestnicy)

6) Sekcyja geograficzno-etnologiczna.

Wszystko to oczywiście nie przesądza rezultatu na samym Zjeździe, gdzie w miarę liczby Członków zgłaszających się z pracami, sekcyje powyższe będą mogły inaczéj się ugrupować.

Koledzy Przyrodnicy dotychczas nie przedstawili Wydziałowi gospodarczemu zadań, które, ich zdaniem, nadawałyby się do dyskusyi w Sekcyjach.

Co się tyczy Lekarzy, należących do Wydziału gospodarczego, ci uznali, jak na teraz, że wystarczy przewidywać trzy Sekcyje, mianowicie:

1) Sekcyję medycyny teoretycznéj;

2) Sekcyję medycyny praktycznéj i

3) Sekcyję medycyny publicznéj,—lubo i tutaj wszystko zależeć będzie od liczby zgłaszających się członków z wykładami i pracami, w miarę czego może nastąpić pewna zmiana powyższych działów.

Pod względem szczegółowych zdań do dyskusyi, mamy już przedstawione w Wydziale gospodarczym niektóre zdania z zakresu medycyny publicznéj i dziedziny medycyny praktycznéj. Pierwszych jeszcze nie wymieniamy w téj chwili, ponieważ jeszcze są przedmiotem porozumienia się z kolegami Drami Cassiną (w Przemyślu), Z. Riegerem (we Lwowie), B. Sérkowskim (w Stryju), stanowiącym wraz z kol. Dr. K. Grabowskim (w Krakowie), i z niżéj podpisanym, Komisyję, któréj Sekcyja medycyny publicznéj II Zjazdu (odbytego w r. 1875 we Lwowie) poleciła obmyślenie odpowiednich zdań do dyskusyi z zakresu higijeny publ. na Zjazd III.

Z dziedziny medycyny praktycznéj proponowano dotychczas Wydziałowi gosp. następujące zdania do dyskusyi:

I. Z zakresu patologii i terapii szczegółowéj (zdania proponowane przez prof. Korczyńskiego).

1) Zapalenie płuc czy jest chorobą miejscową zapalną, czy ogólną zakaźną?

2) Jakie są wskazania lecznicze do użycia naparstnicy w chorobach serca i czy doświadczenie kliniczne pod tym względem odpowiada zasadom farmakologii doświadczalnéj?

3) Czy niedokrewność złośliwa postępowa jest chorobą *sui generis*,—jak często pojawia się w naszym kraju i czy ma związek z niedostatkiem w klasach pracujących?

4) Jaka jest wartość lecznicza sztucznych pożywek (peptonów, mięsa strawionego itp.) i jak należy się zapatrywać ze stanowiska praktycznego na żywienie lewatywami?

5) Jak leczyć należy moczówkę cukrową?

6) Czy uwiąd rdzenia pacierzowego *(tabes dorsualis)* jest chorobą bezwarunkowo nie dającą się uleczyć,— i które leczenie daje w tym względzie najlepsze wyniki?

II. Z zakresu neuropatologii (zdanie proponowane przez prof. Domańskiego): Jaki jest wpływ narodowości i klasy społecznéj na powstawanie różnych chorób układu nerwowego w naszym kraju?

III. Z zakresu syfilidologii (zdania proponowane przez prof. Rosnera): Jaki jest wpływ kiły na powstawanie suchot płucnych?

IV. Z zakresu chirurgii (zdania proponowane przez Dra Obalińskiego):

1) Jakie postępowanie jest najlepsze w razie, jeżeli nabraliśmy przekonania, że jelito uwięźnięte w przepuklinie uległo zgorzeli?

2) Jakie jest najracyjonalniejsze postępowanie w zatrzymaniu moczu częściowém, pochodzącém z przerostu gruczołu krokowego?

3) Czy operacyja radykalna puchliny pochwy jądrowéj *(hydrocele)*, wykonana antyseptycznie sposobem Volkmanna, chroni od recydywy?

4) Czy mgła antyseptyczna *(spray)* jest niezbędną częścią opatrunku przeciwgnilnego?

5) Czy naciąganie nerwów samo przez się nie pociąga za sobą żadnych następstw szkodliwych?

Podobnie, jak się to dzieje w takich razach na Zjazdach zagranicznych, Wydział gospodarczy ma zamiar do każdéj z kwestyj wymienionych uprosić referenta (a o ile możności także drugiego współreferenta), który w danym razie zagai rzecz na posiedzeniu Sekcyi Zjazdu, treściwie przedstawiając stan obecny odpowiedniéj kwestyi. Zarazem Wydział gospodarczy uprzejmie uprasza tych szanownych Kolegów, którzyby na Zjeździe zechcieli podjąć się referatu co do jednéj z tych kwestyj, ażeby raczyli o tém donieść niżéj podpisanemu najdaléj do końca kwietnia rb.

Prof. Dr. Janikowski
przewodniczący Wydz. gosp. III Zjazdu.

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

□ Na ostatniém posiedzeniu Sekcyi higijenicznéj Kolegijum doktorskiego w Wiedniu miał prof. Vogel wykład: „O fałszowaniu mąki.“ Zdaniem jego głównie dwa rodzaje fałszowania mąki odróżnić wypada: 1) Dodatek mąki ze zboża już kiełkującego zdarzający się w latach w deszcze obfitujących. 2) Dodatek mełtych nasion lub owoców różnych w zbożu rosnących chwastów, których blisko 60 Vogel przytacza. Najczęściéj przydarza się domieszka rośliny *Agrostemma githago* przez co mąka na białości zyskuje. Do wykrycia zanieczyszczeń służy próba chemiczna: po dodaniu 70% wyskoku zawierającego 5% kw. solnego nastaje zmiana barwy np. przy *Agrostemma githago* występuje pomarańczowo-żółte zabarwienie. Dr. Kämmerer potwierdził dokładność téj próby.

Dżuma. Celem zapobieżenia o ile możności szerzeniu się dżumy Porta nakazała każdą nawiedzoną miejscowość w około Bagdadu otoczyć kordonem wojskowym, mieszkańców miejsc dotkniętych pomieszczono w namiotach, ale domostwa i ruchomości ich ulegają spaleniu. Do dnia 10 marca umarło na dżumę w Djagra 37 a w Nedjef 27 osób.

□ Lawrence Hamilton proponuje wytwarzanie sztuczne krowianki po za ciałem ludzkiém i zwierzęcém oddzielając i hodując organizmy krowianki w odpowiednich rozczynach pozbawionych przedtém wszelkich gnilnych i szkodliwych zarodników. Bliższe szczegóły odnoszące się do ostrożności, jakie zachować należy przy hodowaniu i szczepieniu taką limfą jakotéż wynik doświadczeń na ludziach, kotach i innych zwierzętach, ogłosi autor później. *(The Lancet).*

* Otrzymaliśmy list następujący:

Szanowna Redakcyjo!

W dodatku do Nr. 8 pisemka farmaceutycznego *Rundschau* z dn. 10 bm. zamieszczono petycyję gremijum aptekarzy do ministerstwa o unieważnienie uchwały c. k. krajowéj Rady zdrowia we Lwowie, wzbraniającéj powtórnéj ekspedycyi recept, zawierających leki krzyżykiem w cenniku rządowym oznaczone. Ponieważ gremijum aptekarzy nie zna faktu, aby leki kilkakrotnie na tę samą receptę wydawane bezpośrednio życiu lub zdrowiu szkodziły, każe ono z ustawą czekać, nie bacząc, iż tendencyją wielu ustaw bywa zapobieganie złemu z góry. W rzeczonéj petycyi zarzuca gremijum aptekarzy Radzie jednostronność i wyraża obawę, że zdrowie społeczeństwa oddanémby było w ręce samych tylko lekarzy. Dziwna zaiste obawa, że zdrowie społeczeństwa w rękach lekarzy będzie mniéj bezpieczne niż w czyich innych. Kto chce podawać leki bez uwzględnienia ich działania fizyjologicznego, bez znajomości zmian patologicznych organizmu w przeróżnych chorobach, które koniecznie studyjować i znać trzeba, bez uwzględnienia wskazania lub przeciwwskazania leku, ten widocznie pomija cel zdrowia społeczeństwa, a tém samém ściąga na siebie zarzut jednostronności. Chcieć wykazywać, jakie szkody i w jaki sposób przynoszą chorym leki na pozór niewinne, nawet do sprzedaży ręcznéj dozwolone, znaczyłoby aptekarzom wykładać naukę wszechmedycyny. Dość nadmienić o owéj odrobinie zynku z wodą w petycyi wzmiankowanéj, która również w sprzedaży ręcznéj jako woda na oczy wydawaną bywa. Chory z zapaleniem spojówek spotyka drugiego chorego na oczy. Zdaje mu się, że choroba ócz jest ta sama co jego. Radząc używać téj saméj wody wypożycza mu recepty. Drugiemu choremu po użyciu wody robi się gorzéj, lecz właściciel recepty zachęca do używania przez dłuższy czas, albowiem tylko przez dłuższe używanie podobnie jak jemu pomódz może. U drugiego chorego nie było cierpienia spojówek lecz rogówki lub tęczówki. Czy gremijum aptekarzy myślało kiedy o następstwach dla takich ócz z porady ludzi bez zaprzeczenia dobréj woli? I dziwi się gremijum aptekarzy w petycyi, jak można wzbraniać ekspedycyi recepty opiewającéj na odrobinę zynku w wodzie przekroplonéj z kilkoma kroplami *Trae Opii!* Bezzasadném jest również przytaczanie śmierci lekarza, recept jak relikwije przechowywanych, wreszcie wzywanie lekarza o sto mil. W przypadkach, w których lekarz o sto mil przybywa, zwykle nie ordynuje na długo, nadto chorzy, którzy są w stanie lekarza o sto mil przyzwać, miewają niezawodnie także bliższych ordynaryjuszów, z którymi o sto mil przybyły przed odjazdem porozumiewa się, czy i kiedy przepisane leki powtórzyć lub zmienić wypadnie.

Kańczuga, dn. 22 marca 1881. *Dr. Mach.*

Statystyka epidemij. W tygodniu 9 (do 26 lutego) ospa w Londynie wcale się nie zmniejszyła. Świeżo zapadło 187, umarło 44, leczyło się w szpitalach 795. W innych miastach ospa złagodniała. W Paryżu umarło 33, w Wiedniu 20, w Budapeszcie 8, w Pradze 4, w Maladze 6. W Filadelfii umarło od 23—29 stycznia 54, w Madrycie od 3—9 stycznia 15. Z duru brzusznego umarło w Paryżu 55, w Petersburgu 44. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 20. W Krakowie umarło w tygodniu 10 (do 5 marca): 1 z ospy, 2 z odry, 1 z płonicy, 2 z błonicy, 1 z gorączki połogowéj, a doniesiono w tymże czasie: o 2 przypadkach ospy, 19 odry, 7 płonicy, 1 krztuśca, 1 duru brzusznego, 6 duru osutkowego, 1 róży.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 9 (do 26 lutego) umarło na 1000 mieszkańców i na rok w Krakowie 34,9; we Lwowie 29,1; w Wiedniu 30,3; w Budapeszcie 37,4; w Pradze 43,5; w Berlinie 23,9; Wrocławiu 32,6; w Gdańsku 19,4; w Monachijum 37,1; w Dreźnie 26,4; w Lipsku 22,0; w Genewie 19,2; w Brukseli 29,4; w Amsterdamie 25,7; w Hadze 21,2; w Paryżu 29,3; w Londynie 21,5; w Kopenhadze 27,9; w Stokholmie 29,3; w Chrystyjanii 16,5; w Petersburgu 54,8; w Odesie 31,3; w Wenecyi 22,6; w Bukareszcie 27,8; w Madrycie 43,2; w Barcelonie 28,4; w Aleksandryi 35,8; Nowym Yorku 30,5; Filadelfii 24,6; w Bombayu 31; w Madrasie 48,4. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków d. 24 marca. Dr. Jordan i Dr. Mars zostali już zatwierdzeni przez Ministerstwo Wyznań jako docenci prywatni położnictwa w Wydziale lek. Uniw. Jagiell.; pierwszy po uwolnieniu od złożenia Colloquium i odbycia wykładu próbnego, ostatni po uwolnieniu od wykładu.

* Prof. Charcot bawił w przeszłym tygodniu w Warszawie.

□ **Wiedeń.** W przeszłym Nrze zamieściliśmy w tém miejscu wiadomość według *Allg. med. Zeit.*, iż prof. Heschl w drodze do Arco dla krwotoku z płuc zatrzymał się w Trydencie. *Wien. med. Woch.* zamieszcza uspokajający telegram a o tyle prostujący powyższe doniesienie, że prof. Heschl zatrzymał się w Trydencie jedynie dla odpoczynku, krwotoku bowiem nie doznał.

□ **Paryż.** Rada nadzorcza dobroczynności publicznéj (*Assistance publique*) postanowiła zastąpić Siostry Miłosierdzia, dotychczas czynne w szpitalach paryskich, posługaczkami świeckiemi nie zasięgnąwszy pierwéj zdania lekarzy. *Gaz. des hôp.* zamieszcza obecnie dwa listy jeden od lekarzy szpitala Tenona, drugi od lekarzy różnych szpitali paryskich do przewodniczącego Rady nadzorczéj, w których podpisani oświadczają się za zatrzymaniem Sióstr Miłosierdzia.

Mianowania i odznaczenia. Dr. Leopold Dittel nadzw. prof. chirurgii w uniw. wied. otrzymał order korony żelaznéj III kl. — Dr. Friedmann właściciel zakładu wodoleczniczego Gainfahrn (pod Vöslau), otrzymał tytuł radcy cesarskiego.—Doc. Dr. Nussbaum w Bonn mianowany został profesorem nadzw.

* **Wiadomości osobowe.** Dr. Przeździecki lekarz zdrojowy w Francensbadzie, który w jesieni przebył ciężki gościec stawowy, przyszedł już do zupełnego zdrowia, i w porze kąpielowéj znów praktykować będzie w Francensbadzie. — Dr. Antoni Janiszewski, wychowaniec szkoły krakowskiéj, osiadł w Skoczowie na Szląsku austryjackim. —Starszymi lekarzami rezerwy mianowani zostali: Drowie Antoni Janiszewski, Jan Flesar, Samuel Aronsohn, Ferdynand Eichhorn i Andrzéj Obrzut w Krakowie.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 12: Rosentala: Spostrzeżenia neuropatologiczne I. Dwa przypadki *sclerosis lateralis amyotrophicae.* — Jerzykowskiego: Przyczynek do nauki o polipach włóknistych szyjki macicznéj. — W *Medycynie* Nr. 12: Gajkiewicza: O umiejscowieniach czynności i zboczeń mózgowych (dok.)

Do Nru dzisiejszego dołącza się Sprawozdanie z IV. Walnego Zgromadzenia Tow. lek. gal.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja:
Ulica Podwale Nr. 84.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Boulv. Voltaire 180, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 2 kwietnia 1881. **№ 14.** Rok XX.

I. Ogólny pogląd na nowotwory.

Podał Prof. Browicz.

(Wykład miany na posiedzeniu Towarzystwa lek. krakowskiego z dnia 16 marca r. b.)

Przedewszystkiém winienem usprawiedliwić się wobec szanownych kolegów z wyboru tematu, tém bardziéj iż, o czém z góry uprzedzam, nie występuję tutaj z nowym poglądem, nową teoryją o nowotworach. Wykład niniejszy mieć przeto będzie charakter więcéj sprawozdawczy, oprę się w nim na doświadczeniu i poglądach innych, w małéj tylko cząstce na doświadczeniu własném.

Mimo to poruszam tu kwestyję nowotworową, chociażby tylko dla tego, iż jest to jedna z ważniejszych kwestyj, znajdujących się na porządku dziennym czynności lekarza a w ostatnich czasach i w téj mierze pojęcia i zapatrywania nasze uległy niejakiéj zmianie.

Dążnością patologii w ogóle jest śledzenie przyczyn chorobotwórczych, których poznanie tworzy dopiero podstawę racyjonalnego postępowania leczniczego. W kwestyi nowotworowéj, zdaniem mojém, właśnie w tym kierunku uczyniono ważny krok naprzód a jakkolwiek niejeden szczegół pozostaje niejasnym, niejeden punkt sporny nierozstrzygniętym, wiemy jednakowoż, gdzie szukać przyczyny właściwéj nowotworów, i stosownie do tego możemy wysnuwać niejakie wnioski co do postępowania leczniczego.

W kwestyi nowotworowéj opuszcza nas, jak dotychczas, metoda doświadczalna, która w ostatnim czasie przyniosła tyle wyjaśnień w rozmaitych zagadnieniach patologicznych, ograniczeni jesteśmy bardziéj do materyjału nastręczającego się, nie zawsze odpowiedniego do badania początku rozwoju nowotworów; kwestyja nowotworowa związaną jest ściśle z kwestyją histogenezy tak fizyjologicznéj jakotéż patologicznéj, w któréj wiadomości nasze przedstawiają niejedną szczerbę. Ztąd trudności znaczne w rozstrzyganiu wielu zagadnień co do nowotworów, ztąd również różnice w zdaniach i zapatrywaniach rozmaitych autorów, tém większe, ile że nie wszyscy wychodzą z jednego stanowiska, oznaczając i klasyfikując nowotwory bądź to ze stanowiska klinicznego, już to histologicznego, bądź téż wreszcie histogenetycznego.

Przedstawiając szanownym kolegom ogólny pogląd na nowotwory mianowicie na ich etyjologiję, rozrost i przebieg, wreszcie na ich wpływ na ustrój, dorzucę parę uwag co do postępowania leczniczego i pragnę zarazem wywołać dyskusyję, wymianę zdań i zapatrywań, powziętych z własnego kolegów doświadczenia a mogących przyczynić się do wyjaśnienia dokładniejszego niniejszéj kwestyi. Określiwszy pokrótce powody i cel dzisiejszego wykładu przystępuję do właściwego przedmiotu.

Nowotworzenie patologiczne, (wyłączam tu produkta zapalenia przewlekłego, jakotéż produkta gruźlicze, syfilityczne i inne objęte nazwą leukocytomatów, a które do rzędu zapaleń na tle swoistéj przyczyny rozwijających się zaliczam), występuje w trojakiéj formie: *a)* jako regeneracyja, któréj przykłady typowe przedstawia gojenie się złamań kości, odtwarzanie się nadwerężonych nerwów obwodowych, *b)* jako przerost np. mięśnia sercowego z przyczyn najrozmaitszych powstający, przerost nerki w przypadkach ubytku drugiéj albo np. gruczołu tarczykowego w wolu, *c)* lub téż wreszcie jako nowotwór w ściślém tego słowa znaczeniu, np. przybłoniaki, mięśniaki, nerwiaki itd.

Między temi trzema formami nowotworzenia patologicznego istnieje zasadnicza różnica. W regeneracyi spotykamy wypełnienie ubytku tkanek tkanką jednorodną i powrót do normy tak pod względem anatomicznym jakotéż fizyjologicznym; w przeroście widzimy obok zachowania pierwotnéj formy przybytek jednorodnéj tkanki wszystkich części składowych części przerastającéj; w nowotworze właściwym spotykamy twór zbaczający od typu morfotycznego a nawet często histologicznego miejscowości, wśród któréj nowotwór powstał, twór pod każdym względem atypowy, którego ostateczna przyczyna tkwi w odmiennych aniżeli zazwyczaj własnościach tkanki, z któréj i wśród któréj nowotwór się rozwija.

Naprzód zastanowimy się pokrótce, jakie są w ogóle warunki nowotworzenia się tkanek.

Każda produkcyja tkaninowa. tak fizyjologiczna jakotéż patologiczna, zawisłą jest od obecności pewnych warunków. Przedewszystkiém konieczną jest dostateczna energija histogenetyczna, zdolność twórcza elementów tkankowych. Trwałość i długość życia poszczególnych tkanek nader jest różną. Porównywając stan tkanek w pojedyńczych okresach życia człowieka spostrzegamy bardzo wyraźne różnice. Histogenetyczna energija wyczerpuje się powoli a wiąd starczy tkanek przedstawia niejako schyłkową już fazę bytu elementów tkankowych. Niektóre tkanki, jak np. grasica zanikają bardzo rychło. Różnice te uwydatniają się w przebiegu wszystkich spraw chorobowych. Gojenie się ran np. u osób młodych a starych, gojenie się złamań kości, przebieg sprawy zapalnéj w obu tych krańcowych okresach życia są tego najlepszym dowodem.

Porównywając stan tkanek i zdolność ich histogenetyczną w jednym i tym samym okresie życia spostrzegamy niemniejsze różnice. Porównajmy np. stan tkanek u człowieka starego. Komórki mięsne, nerwowe, wątrobowe przedstawiają wybitny obraz zaniku i tracą zdolność twórczą, tkanka limfatyczna ulega zanikowi a nawet zwyrodnieniu, jak to np. w szpiku kostnym spostrzegamy; tkanka łączna i naczynia odznaczające się w ogólności znaczną zdolnością twórczą tracą ją w znacznéj mierze; największą żywotność zachowują pokłady przybłonkowe, mianowicie błon śluzowych i skóry, które nieprzerwanie do ostatniéj chwili życia ulegają regeneracyi.

Co więcéj porównywając energiję histogenetyczną elementów tkaninowych u rozmaitych ludzi spostrzegamy znaczne różnice indywidualne, które wywierają przeważny wpływ na przebieg spraw chorobowych. Na tém polegają też różnice, jakie np. w przerostach serca z jednakich powodów powstających u rozmaitych ludzi spostrzegamy, różnice w rozmiarach kostniny nadmiernie niekiedy rozwijającéj się, owo w wielu razach wydarzające się nadmierne bujanie ziarniny.

Zdolność twórcza tkanek jest w ogóle znaczną, o wiele znaczniejszą, aniżeli się to na pozór wydaje. Doświadczenia z transplantacyją i implantacyją tkanek dowodzą, że nawet tkanki z odpowiedniemi ostrożnościami przeniesione na miejsce obce tego samego lub innego indywiduum nie giną, utrzymują się a nawet rozrastać się mogą.

Dalszemi warunkami nowotworzenia w ogóle są obecność ilościowo i jakościowo dostatecznego materyału odżywczego, przewaga przybytku materyjału nad ubytkiem z przemiany materyi powstającym a wreszcie możność rozprzestrzenienia się swobodnego tkanki nowotworzącéj się. Tkanki tworzą nawzajem dla siebie tamę nadmiernego wzrostu; dopóki owa równowaga fizyjologiczna między tkankami nienaruszona, dopóki normalny wzajemny ich stosunek nienadwerężony, dopóty nowotworzenie się tkanki nie może przyjść do skutku, albo też odbywa się niejako wśród fizyjologicznych granic, jak to w przerostach czystych widzimy, gdzie wszystkie części składowe w równéj mierze i stopniu udział w nowotworzeniu biorą, np. w przeroście serca, mięśni odnóg, w przeroście macicy w czasie ciąży.

Że wpływ ten wzajemny tkanek istnieje i odgrywa niemałą rolę w produkcyi patologicznéj, dowodzą liczne przykłady. Wypełnianie się panewek stawowych po nienaprawianych zwichnięciach, zębodołów po wypadnięciu zębów, zmniejszanie się oczodołów po wyłuszczeniu lub zaniku gałki oka, odtwarzanie się kości po złamaniach, nerwów obwodowych po przecięciu lub wycięciu kawałków tychże, rozrost tkanki tłuszczowéj około nerki zanikającéj itd. są dowodem owego wpływu równowagi fizyjologicznéj między tkankami. oporu, jaki jedna drugiéj stawia, po usunięciu którego większą zdolnością obdarzona tkanka rozrasta się do pewnych granic.

Warunki wymienione muszą być w mniejszym lub większym stopniu dopełnione, ażeby nowotworzenie mogło przyjść do skutku. Czy dopełnienie owych warunków, pomiędzy któremi odpowiednia energija histogenetyczna najważniejszą odgrywa rolę, wystarcza do powstania wszystkich trzech form nowotworzenia patologicznego?

Przy zwykłéj. przeciętnéj niejako energii histogenetycznéj, z jaką się codziennie spotykamy, powstaje przerost, który nawet po usunięciu pośredniego powodu przerostu ustąpić może, jak np. w gruczole tarczykowym tak samo jak się dzieje z mięśniami w fizyjologicznych warunkach przerastającemi; przychodzi do skutku regeneracyja, ale nie powstaje właściwy nowotwór, którego rozwój i rozrost przekracza zwykłą miarę. a nawet bywa prawie nieograniczony. Gdyby zresztą zwykła, przeciętna energija histogenetyczna wystarczała, byłyby nowotwory o wiele częstsze.

Przyczyn rozwoju nowotworów możemy szukać na zewnątrz lub w samym ustroju.

Przyczyny chorobotwórcze działające na ustrój, jakiéjkolwiek są one natury, czy to mechaniczne, termiczne, chemiczne lub też pasorzytnicze w ostatecznym rezultacie wywołują przekrwienie, regeneracyją, zapalenie lub upośledzają stan tkanek aż do zupełnego tychże obumarcia. Wpływy owe na elementa tkankowe działają w ogóle niekorzystnie, niszczą mniéj lub więcéj ich byt. Nie znamy ani jednéj przyczyny z zewnątrz na ustrój działającéj, któraby zdolną była spotęgować energiję histogenetyczną tkanek lub nawet podniecić bezpośrednio zdolność twórczą nakształt wpływu, jaki plemnik na komórkę jajową wywiera. Wpływy powyżéj przytoczone działają tylko pośrednio zmieniając warunki bytu tkanek, w skutek czego tkanki te mogą wśród sprzyjających za przyczyną owych wpływów tworzących się warunków, któreśmy na wstępie wymienili, rozwinąć wrodzoną im już energiję histogenetyczną. W ten sposób pojmować należy wpływ i znaczenie przyczyn zewnętrznych, owych bodźców, wymienianych jako przyczyny nowotworów.

Musimy się znowu zwrócić do samychże tkanek, w nich samych, a raczéj ich własnościach, szukać ostatecznéj przyczyny rozwoju nowotworów.

Przed kilku laty wystąpił Cohnheim z przypuszczeniem, iż ostateczną przyczynę nowotworów upatrywaćby należało w obecności ognisk komórek zarodkowych, pochodzących z czasów życia płodowego, ognisk przedstawiających niejako niezużytą do budowy tkanek cząstkę nadmiernie wytworzonego materyjału komórkowego, ognisk powstać mogących także w skutek nieprawidłowości w wzajemnym stosunku rozwojowym tkanek, t. zw. ognisk komórkowych zbłąkanych, że więc w wadach, nieprawidłowościach płodowego rozwoju pewnych części lub tkanek ustroju tkwi właściwa przyczyna późniejszego nowotworu.

W zasadzie przypuszczenie to nie jest zupełnie nowém, Cohnheim uogólnił tylko, odniósł do wszystkich nowotworów fakt stwierdzony i uznany, iż niektóre nowotwory powstają niewątpliwie z takich ognisk komórkowych zarodkowych z czasów rozwoju płodowego pochodzących, które późniéj,

niekiedy po wielu latach dopiero tworzą materyjał rozwijających się nowotworów. W ten sposób powstają t. zw nowotwory potworowate skórzaki, torbielaki jajnika, z takich ognisk zarodkowéj tkanki chrząstnéj powstających w skutek nieprawidłowości w kostnieniu wytwarzają się chrząstniaki w kościach.

Cohnheim popiera swe przypuszczenie przykładami zaczerpniętemi bądź z rozwoju fizyjologicznego, bądź też patologicznego niektórych części ustroju, w których rozrost nadmierny polega na szczególnych, bliżéj zupełnie nam nieznanych, własnościach twórczych tkanek.

Wskazuje on na wzrost części płciowych, które w czasie wieku dziecięcego w równéj mierze, a nawet wolniéj, wzrastają aniżeli reszta ciała i dopiero w okresie dojrzewania płciowego nagle się rozrastają, na kolosalny przerost macicy w czasie ciąży, na rozrost olbrzymi, jaki niekiedy spostrzegano u dzieci po urodzeniu zwykłą, przeciętną wielkość ciała przedstawiających, a u których późniéj, nawet dopiero po latach, wszystkie części ustroju lub też niektóre, jak np. w przypadku nader dokładnie przez Friedberga spostrzeganym, odnoga prawa nadmiernie rozrastać się poczęła.

Przykłady te świadczą, iż na tle pewnych własności tkanek, własności wrodzonych, nadmierny rozrost późniéj rzeczywiście powstaje.

Przykłady powyżéj przytoczone nowotworów na tle ognisk komórkowych zarodkowych z czasów życia płodowego pochodzących, dowodzą, że nowotwory rzeczywiście z takich ognisk powstają.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Przyczynki do kazuistyki chirurgicznéj.

Napisał Dr. Jan Szeparowicz,
prymaryjusz oddziału chirurgicznego we Lwowie.

5. Kazuistyka chirurgiczna krtani.

c) Uwagi nad mechanicznêm leczeniem cieśni krtaniowéj i kazuistyka.
(Ciąg dalszy artykułów w Przegl. Lek. 1880. Nr. 14—20).

Ponieważ od czasu napisania mojéj rozprawy w Przegl. Lek. z r. 1880 poczyniłem jeszcze kilka świeżych doświadczeń tak, że o metodzie mechanicznego leczenia cieśni krtaniowéj według Schroettera powziąłem już sąd pewny na własnêm doświadczeniu oparty; ponieważ następnie skromna praca moja doznala w tym czasie zaszczytnego wyszczególnienia skutkiem postanowienia szan. kol. Heringa w Warszawie, który otrzymał wezwanie od prezydyjum przyszłego laryngologicznego kongresu mającego się odbyć w Londynie do wypracowania oceny metody Schroettera na podstawie danych statystycznych i z tego powodu powziął zamiar z mojéj kazuistyki sporządzić tablicę statystyczną, przeto postanowiłem uzupełnić moją zeszłoroczną pracę małym dodatkiem z świeżych doświadczeń, a w końcu wyrazić zdanie swoje o metodzie w formie ściśle określonéj.

Wprawdzie większa część przypadków, które w niniejszym dodatku opiszę, nie przedstawia przykładów systematycznie przeprowadzonego lub zawsze ukończonego leczenia według dotyczącéj metody, atoli są to przypadki, które ilustrują zdania moje wypowiedziane o przerzeczonéj metodzie leczenia w zeszłorocznéj pracy i rozszerzają sąd o niéj w pewnym kierunku.

Przypadek 19ty: Karol Michalewicz, 33 l. żonaty, był leczony na oddziale chorób wewnętrznych na dur brzuszny od 24 maja do 23 czerwca 1880. W tym ostatnim dniu został przeniesiony na mój oddział z powodu ropnia na udzie. Podczas przenoszenia dostał chory napadu zaduszenia w wysokim stopniu; w czasie pobytu swego na oddziale chorób wewn. nie przedstawiał chory ze strony krtani, według zapewnienia kolegi prymaryjusza tegoż oddziału, żadnych uwagi godnych chorobowych przypadów aż do ostatniéj chwili. Na oddziale chir. stwierdzono stan następujący w krtani: zaczerwienienie i obrzęk, niesymetryczność strun głosowych, nieruchomość tychże podczas oddychania i usilowanego wygłoszenia; głośnia zwężona, średnica jéj poprzeczna około 2 linij; na błonie śluzowéj krtani w różnych miejscach smugi mleka, drażliwość i odruchy krtani = 0; oddech stenotyczny; rozpoznanie: *Perichondritis et catarrhus acutus laryngis cum paralysi*; przypuszczono, że zapalny stan krtani rozwijał się prawdopodobnie od kilku dni bez namacalnych przypadów podmiotowych, a podczas przenoszenia spotęgował się i przystąpiło doń porażenie, które wywołało nagle wystąpienie cieśni krtaniowéj. Wprowadzono rurkę Schroettera Nr. 3 i umocowano *à demeure*; atoli po kilku godzinach światło rurki zatkało się a chory dostał znów bardzo znacznéj zadyszki. Włożyłem więc Nr. 7. Dwa razy dziennie wyjmowano rurkę celem nakarmienia chorego i wprowadzano po nakarmieniu. Stan ogólny chorego był nader nędzny; z powodu osłabienia zaniechano badania fizycznego płuc z tyłu. W dniu 26 czerwca, a zatém w 3cim dniu pobytu na moim oddziale, chory umarł skutkiem włóknikowego zapalenia płuc i uwiądu. Oględziny pośmiertne wykazały: *Pneumonia crouposa in stadio hepatisationis lobi inf. poster. pulm sin. Infarctus pulm. d. Ulcera intest. typhosa nondum sanata usque ad involucrum perit. penetr. Infiltratio glandul. meseraicarum. Abscessus femoris. Exulceratio linearis laryngis penes lineam medianam anteriorem*; *mortificatio (decubitus) superficiei posterioris et lateralium laryngis*; *denudatio, usura et emollitio cartil. arytenoidearum.*

Zwracam uwagę szan. Czytelników na wrzody odleżynowe w krtani powstałe niewątpliwie skutkiem ucisku rurki Schroettera, o jakich kilkakrotnie wspominałem w mojéj zeszłorocznéj pracy. W obec przypadku duru, który mamy przed sobą, może zachodzić wątpliwość, ażali stan chorobowy w krtani nie zostaje w związku przyczynowym z durem? Należy przyznać, że znaczną część, a prawdopodobnie nawet większą część, zmian anatomicznych w krtani należy odnieść do duru; wszak wiadomo, że w durze dość często powstaje zapalenie ochrzęstny i martwina chrząstek w postaci wrzodów przetokowych na tylnéj powierzchni, która już podczas sprawy oddechowéj najbardziéj narażoną jest na urazy (Stoerk *Handb. der allg. u. spec. Chir. v. Billroth-Pitha* str. 259), atoli mimo to należy równie przyznać, że linearny wrzód wzdłuż przedniéj środkowéj linii krtani, a następnie rozległość sprawy martwinowéj błony śluzowéj w obrębie przerzeczonego wrzodu i analogija tego przypadku z innemi idyjopatycznemi, przezemnie w zeszłorocznéj rozprawce wyszczególnionemi, przemawia dosadnie za têm, że w pewnéj części wrzód niniejszy był natury odleżynowéj. W obec tego więc stwierdzam, że zbłądziłem zastosowując w niniejszym przypadku leczenie zachowawcze na krtań zamiast tracheotomii, a to têm bardziéj zbłądziłem, ponieważ po doświadczeniu zrobionêm w moim 14 przypadku (l. c. Nr. 19) w obec porażenia mogłem stanowczo liczyć na ewentualne wytworzenie się odleżyn w krtani, jakoteż mogłem na to liczyć w obec znanéj skłonności i usposobienia organizmu do

odleżyn w durze. Atoli w wysokim stopniu nędzny stan ogólny chorego i chęć dosadnego wypróbowania metody skłoniły mnie do zachowawczego sposobu leczenia. Zresztą chory był mimo to bez nadziei życia.

Przypadek 20: Sara Ostrower, dziewczynka 1½ roku, rodem z Bursztyna, została mi przedstawioną w mojéj domowéj ordynacyi w dniu 12 maja 1880 przez rodziców z obrazem znacznéj cieśni krtaniowéj. Rodzice podawali: że przed 3 tygodniami dziecko przebyło dławcowe zapalenie krtani i od tego czasu trwa ciągle cieśń krtaniowa. O trwaniu sprawy dławcowéj nie było już mowy; tak badanie gardła jakotéż stan ogólny dziecka zupełnie prawidłowy z wyjątkiem cieśni krtaniowéj i jéj następstw nie pozwalały trwania téj sprawy przypuszczać. Usilowane stwierdzenie miejscowego stanu krtani za pomocą wziernika było bezskuteczne, a nawet pogorszyło stan podmiotowy dziecka do tego stopnia, że nie oglądając się na przyczynę znalazłem się w obec alternatywy albo uskutecznienia natychmiast tracheotomii albo zastósowania rurki Schroettera. Nie trudno domyśleć się, że wybrałem ostatnią. Wprowadziłem raźno lecz oględnie Nr. 1szy; mniéj więcéj na wysokości strun głosowych napotkałem na małą trudność, którą względnie łatwo pokonałem. Po kwadransie wyjąłem rurkę, lecz polepszenie stanu podmiotowego trwało tylko 10 minut, a co gorsza wnet po wyjęciu rurki wystąpił obrzęk szyi szerzący się na twarz, który przy dotknięciu natychmiast zdradził swoją cechę odmy podskórnéj. Skoro ponownie wystąpiły przypady zaduszenia, wprowadziłem ponownie rurkę Schroettera i trzymałem ją przez całą godzinę w krtani dziecka, poczém nie pozostało mi nic innego w obec zatrważających przypadów duszności jak uskutecznić tracheotomiję na rurce Schroettera. Po téj wystąpił stan gorączkowy i trwał ciągle mimo kąpieli, polewań, okładów, środków farmaceutycznych przeciwgorączkowych itd. Rana operacyjna zaczęła była już dobrze się oczyszczać, odma podskórna ustępowała, gdy w dniu 17 maja przystąpiły przypady zapalenia płuc, któremu dziecko uległo 18go. Sekcyi nie dozwolono uskutecznić. Domniemywana przyczyna stenozy: naciek plastyczny tkanki łącznéj podśluzowéj po zapaleniu dławcowém.

Niniejszy przypadek poucza, że rurek Schroettera należy bardzo ostrożnie i o ile tylko można przy pomocy wziernika używać, a najbardziéj oględnym należy być u dzieci w obec wiotkości i delikatności tkanin. Cały szereg fatalnych następstw został w niniejszym przypadku wywołany niewątpliwie przez zranienie błony śluzowéj krtani; żywię zaś przekonanie, że stało się to w chwili, kiedy uczułem trudność przy wprowadzeniu rurki mniéj więcéj na wysokości strun głosowych i pozwolę sobie przypuścić, że zranienie miało miejsce prawdopodobnie na tylnéj ścianie krtani, gdzie już fałdy prawidłowe, a tém bardziéj w przypadkach cieśni, usposabiają do takiego niemiłego powikłania. Łatwość, z jaką dało się uskutecznić przerwanie błony śluzowéj w niniejszym przypadku, przemawia za tém, że musiała się ona znajdować w stanie zapalnym i nasuwa mi znów analogiję, jaka zachodzi w téj mierze z cewką, w któréj częstokroć tak łatwo i niespostrzeżenie uskutecznia się podobne urazy przy wprowadzeniu cewników w obec cieśni organicznéj lub przerostu gruczołu przyprątnego. Wprawdzie tłumaczą mnie w niniejszym przypadku niektóre okoliczności, i tak: na rurce, któréj użyłem, stwierdziłem po należytém obejrzeniu, że brzegi jéj otworów są za ostre, a nawet tu i owdzie wystę-pują po nad płaszczyznę otworów na zewnątrz, następnie tłumaczy mnie groźna sytuacyja, w któréj się dziecko znajdowało, i ztąd wynikłe zadanie doraźnego działania, jakotéż brak rozpoznania anatomicznych stosunków w krtani itd. Mimo to zaznaczam, że zbłądziłem nie zastósowawszy wprzód grubego cewnika elastycznego, którym byłbym chwilowéj potrzebie zaradził a oraz dla rurki Schroettera utorował drogę. Dla tego *festina lente* szanowny Czytelniku.

Przypadek 21: Anastazyja Sobków, 34 lat licząca, mężatka, żona gospodarza wiejskiego, przybyła na mój oddział w dniu 8 czerwca 1880. Jest to ta sama chora, któréj chorobę opisałem w Przegl. Lek. 1879. Nr. 7 (str. 8): „Uwagi dotyczące cięcia tarczykowego;“ przyp. III) z rozpoznaniem: „*Chorditis vocalis hypertrophica inferior.*“ W roku 1878 a mianowicie w marcu wypuściłem ją jako zupełnie uleczoną za pomocą cięcia tarczykowego *(thyreotomia)*. Ciekawą właśnie jest rzeczą, że nawet tak doszczętna metoda leczenia, użyta przezemnie naówczas, nie ochroniła choréj od nawrotu choroby. Przez dwa lata wygojenie było trwałe. W zimie 1880 wystąpiła chrypka a wkrótce potém cieśń krtaniowa. Obraz wziernikowy: boczne ściany krtani, a mianowicie poniżéj strun głosowych, zgrubiałe i stanowią z strunami jednę lejkowato ku dołowi zwężającą się powierzchnię; wolnych brzegów strun nie widać, przedni kąt i tylna powierzchnia głośni zapełnione jakby fałdami poprzecznemi, tak że głośnia przedstawia owalny otwór z poprzeczną średnicą około 4 milim. Skutkiem osadzonych strupków śluzowych wolny brzeg owalu jakby wygryziony. Zabarwienie błony śluzowéj całego wnętrza krtani prawidłowe, a w zakresie zgrubienia bocznych ścian białe, wejrzenia chrząstkowatego, poruszalność strun podczas wygłoszenia niemiarowa, drganie ich upośledzone; przy oddychaniu szpara oddechowa nie zmienia się; głos całkiem chrypliwy i cichy, oddech stenotyczny. Rozpoznanie: *Induratio ob perichondritidem chronicam.* W powyższéj rozprawce z r. 1879 rozpoznałem w niniejszym przypadku: *Chorditis voc. hyp. inf.* przez wzgląd na wybitną formę, w jakiéj choroba naówczas się przedstawiała. Wynik ówcześnie uskutecznionéj operacyi i rozbioru anatomicznego wyciętych fałdów upoważnia do przypuszczenia, że naówczas musiał naciek zapalny i następowy przerost tkanki łącznéj ograniczać się do błony śluzowéj i tkanki podśluzowéj w zakresie dolnych powierzchni strun głosowych, obecnie zaś sprawa chorobowa posunęła się niewątpliwie na ochrzęstnę.— W dniu 20/6 wprowadziłem rurkę Schr. Nr. 1 przy pomocy wziernika; chora trzymała ją na dwa zawody po 5 minut; na rurce po wyjęciu strupy, a wziernikiem stwierdzić można, że kształt głośni z owalnego zmienił się na bardziéj trójkątny; bezpośrednio po wyjęciu rurki oddech swobodniejszy, atoli wieczorem i w nocy bardzo upośledzony. Wziewania z pary wodnéj sprawiły ulgę. 21/6 oddech gorszy; rurka Nr. 1, 5 minut; chora wykrztusiła dużo charkocin, poczém oddech lżejszy. 22/6 tracheotomija doraźnie wykonana z powodu najwyższego zaduszenia Dalszy ciąg leczenia za pomocą rozszerzenia rozpoczął się dopiero 10/7; rurka Nr. 1 przez 4 godzin. Z powodu bólu w krtani i obrzęku dopiero 14/7 ponownie Nr. 1 przez 3 godzin, tak do 19/7; wtedy Nr. 2 ½ godziny; 20/7 Nr. 2 dwie godzin; 24/7 Nr. 3. Tego numeru nie mogłem przekroczyć z powodu reakcyi ze strony krtani. 1/8 na żądanie własne wypuściłem chorą z kaniulą, chcąc ażeby przez kilka tygodni wypoczęła i polecając jéj, ażeby po odpoczynku powróciła celem rozszerzania krtani za po-

mocą stoczków cynowych, po których w podobnych uporczywych przypadkach można pewniejszego spodziewać się skutku. Chora jednak dotychczas nie powróciła.

Przypadek 22. (Ciąg dalszy przyp. 13 Przegl. Lek. 1880 Nr. 19) Aron Finger, 17 lat, wyleczony przezemnie na dwa zawody w r. 1878 i 1880, pierwszy raz środkami farmaceutycznemi, a powtórnie przez tracheotomiję i rozszerzanie stoczkami i wypuszczony 16 stycznia 1880 jako zupełnie uleczony bez kaniuli, został opisany l. c. z rozpoznaniem: naciek zapalny przewłoczny tkanki podśluzowéj (na tle zołzów ogólnych) a przybył ponownie na mój oddział 15/7. Obraz wziernikowy: znaczne zgrubienie nakrywki i skręcenie od boków ku tyłowi i środkowi; całe wnętrze krtani zaczerwienione (barwy mięsnéj); głośnia owalna z średnicą poprzeczną około $1\frac{1}{2}$ linii; struny głosowe niewyraźnie odgraniczone, wejrzenia mięsnego, prawie nieporuszalne, poniżéj nich znaczne zgrubienie bocznych ścian krtani o powierzchni niegładkiéj; tu i owdzie guziczki malutkie, wejrzenia brodawczaków, sprawiające wrażenia nie tyle nowotworów ile miejscowego przerostu brodawkowatego nieżytowéj błony śluzowéj; bezgłos, nieznaczna bolesność przy ucisku na zewnętrzne ściany krtani; przypady ogólnych zołzów; napady duszności, najznaczniejsze w nocy, oddech ciągle stenotyczny. Rozpoznanie: *Perichondritis chron. cum induratione, Catarrhus laryngis cum hyperplasia text. cell. submucosi.* Oprócz jodku potasu wewn. (0,7 *pro die), Tinct. jod. ext.* i wziewań z pary wodnéj rozpoczęto rozszerzanie krtani rurkami Schroettera. 16/7 Nr. 1, 17/7 Nr. 2, 19/7 Nr. 3, 29/7 Nr. 4 przez godzinę; tak codziennie do 8/8 Nr. 5, 11/8 Nr. 6, 16/8 Nr. 7, 17/8 znaczna reakcyja dla tego 18/8 Nr. 6, którego nie przekroczono. 23/8 podczas mego urlopu wypuszczono chorego z przypiskiem w historyi choroby: stan znacznie polepszony tak miejscowo jakoteż podmiotowo, krtań bledsza; napady duszności już się nie pojawiają. W dniu 17/10 1880 powrócił chory. Obraz wziernikowy: cała krtań zaczerwieniona; zgrubienie o chropowatéj powierzchni i mięsnéj barwie poniżéj strun głosowych; struny téj saméj barwy zgrubiałe i chropowate; głośnia owalna; jéj średnica przednio-tylna prawie normalnéj długości, poprzeczna średnica bardzo zmniejszona, jeden wyrostek brodawkowaty malutki widoczny na tylnéj powierzchni krtani; głos chrypliwy; cieśń mierna, w nocy napady znacznéj duszności. Rozpoznanie jak powyżéj. 20/10 rurka Schr. Nr. 4 z łatwością; chory trzymał ją niestety przez kilka godzin skutkiem zajęcia naszego około innego chorego. Po południu: *Suffocatio summa.* Wprowadziłem więc rurkę Nr. 2 *à demeure.* Odtąd wyjmowano tę rurkę codziennie dwa razy celem nakarmienia chorego i wprowadzano ją napowrót. 26/10 Nr. 3 tak samo; odżywianie chorego odbywało się jednak w niedostateczny sposób, a to z powodu, że chory podczas téj czynności dostawał zawsze napadu duszności. 31/10 obraz wziernikowy: na tylnéj ścianie nakrywki szare, linijowate owrzodzenie, obrzęk krtani znaczniejszy, głośnia krótsza i węższa aniżeli w początku; zaczerwienienie mierne, 31/10 rurka Schr. Nr. 4 do godz. 2 odtąd Nr. 3 *à demeure.* 3/11 z powodu widocznego ubytku w stanie odżywienia z przyczyny powyżéj nadmienionéj, następnie ponieważ z powodu trwającéj reakcyi krtani i owrzodzenia od rurki z jednéj a potrzeby zastósowywania rurki *à demeure* z drugiéj strony nie podobna spodziewać się dobrego wyniku z tego sposobu postępowania, ponowiono w bliźnie tracheotomiję a 26/11 wypuszczono chorego dla odpoczynku z poleceniem, ażeby powrócił na oddział po kilku tygodniach celem kontynuowania rozszerzania krtani. Chory dotychczas nie powrócił.

Nie ulega wątpliwości, że przy pomocy tracheotomii przez zastósowywanie oględne i powolne rozszerzania bądź za pomocą rurek bądź stoczków cynowych da się ewentualnie znów osiągnąć bodaj czasowo zupełny skutek, jak to już doświadczenie w tym samym przypadku poucza. Zwracam znów uwagę szan. Czytelników na wrzód odleżynowy w krtani skutkiem rurek mimo że przypadek jest przewłoczny, natomiast skutkiem zastósowywania rurek *à demeure* powstały. W tym przypadku uwidoczniony jest szereg następstw błędnego zastósowania metody leczenia, a mianowicie: jakkolwiek cieśń krtaniową, jaką chory przedstawiał pod- i przedmiotowo w pierwszéj chwili po przybyciu na oddział, była tylko mierną, tak że nie może uledz wątpliwości, że mogło i powinno się było obyć bez tracheotomii, jednak zbyt długie przetrzymanie rurki w krtani skutkiem zapomnienia wywołało reakcyję, która wymagała albo doraźnego wykonania tracheotomii albo zastósowania rurek *à demeure.* Te ostatnie wywoływały z swéj strony reakcyję i tak stało się, że ostatecznie musiano uskutecznić tracheotomiję.

(Dokończenie nastąpi).

III. Dalsze spostrzeżenia co do użycia chlorku pilokarpinu w błonicy i niektórych chorobach narządu oddechowego.

Rzecz czytana na posiedzeniu Tow. lek. krak.
Skreślił Dr. **Warschauer.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 13).

4) 6 lutego wezwany byłem rano do dwóch dziewczynek, z których jedna liczy lat 6, druga lat 3, u starszéj zastałem ciepłotę ciała 39,7°C. tętno 104, język obłożony białym, dość znacznym, pokładem mulowym, na obu migdałkach owrzodzenia dość głębokie okrągłe, nasiękiem szarym pokryte, połykanie nieco bolesne, na grzbiecie rumień, ale trudno orzec czy płonica; zapisałem odwar storczykowy (*Dctum rad. Salep)* z pięcioma kroplami nastoju makowcowego zwyczajnego.

U młodszéj ciepłota 38°C. tętno 120, w jamie ust wszystko prawidłowe, osutka płonicza jasna, obfita, chora skarży się na dokuczliwy świąd skóry, zaleciłem nacierania skóry białem dwa razy dziennie. Dnia 7 lutego u starszéj ciepłota ciała 40,2°C. tętno 112, owrzodzenia małe, ograniczone, wielkości grochu okrągłego, po kilka na każdym migdałku obwódką błonicową otoczone, osutka płonicowa po całém rozpostarta ciele; zapisałem chlorku pilokarpinu 0,02 na 100 gramów płynu, płukanie z wody i wyskoku,—wino jak zwykle przy użyciu wspomnionego leku.

8go lutego u starszéj ciepłota 39°C. tętno 104, nie było ani ślinienia ani potów, osutka płonicowa rozwinięta, przystąpiły mózgowe przypady, bredzenie ciągłe, niespokojność, rzucanie się, źrenica lewa nieco zwężona, oczy iskrzą się, stolec zatrzymany, w nocy była nieprzytomną, rano wróciła przytomność; prócz pilokarpinu z powodu znacznie podwyższonéj ciepłoty zapisałem jéj siarkanu chininu 2,0 na wody przekroplonéj 50,0, trzy łyżeczki dziennie i okłady lodowe na głowę. Mocz po zagotowaniu mętny, za dodaniem kwasu octowego staje się przeźroczystym (fosforany ziemne w nadmiarze); z takiemi

przypadłościami widziałem w lecie w czasie pospólnie panującéj płonicy często niepomyślne zejścia chorych dzieci, rozumie się, że przypadłości powyższe stawały się coraz silniejsze, nastawały drgawki, bezprzytomność i dzieci umierały z opuchliny ostréj opon mózgowych.

9go lutego ciepłota ciała 32°C. tętno 104, źrenica lewa nieco zwężona, chora dwa razy wymiotowała (wydarza się to zwykle po użyciu chlorku pilokarpinu) kawałkami a raczéj szmatami szaréj zbryłowaciałéj śliny, ślina była ciągnąca się i woni nieprzyjemnéj, język suchawy, mianowicie w samym środku, po bokach czerwony, migdałki czyste, pragnienie wielkie, osutka bledsza; uważałem dalsze użycie chlorku pilokarpinu za zbyteczne, i tylko chinin nadal brać zaleciłem; mocz po zagotowaniu nie mętnieje, nie zawiera więc nadmiaru fosforanów ziemnych.

Dnia 6go lutego wezwany byłem do dziewczynki sześcioletniéj choréj na zapalenie krtani dławcowe; w gardle, na podniebieniu, na migdałkach nic nie ma, wdechowi towarzyszy szmer głośny do piłującego podobny i zdaleka już słyszeć się dający, 40 oddechów na minutę, tętno 102, ciepłota ciała niepodwyższona; chora brała 0,10 *Tartari emetici*, wziewania z kwasu borowego, wody wapiennéj, wcieranie szaruchy koło szyi. Dawano jéj chlorku pilokarpinu 0,03 nie śliniła ani nie pociła się, źrenice nieco ścieśnione, zapisałem jéj na wymioty siarkanu miedzi 0,70 na 80 gramów wody, co kwadrans kazałem podawać po łyżce stołowéj, poczém wprawdzie nastąpiły wymioty kilka razy, następnie brała daléj pilokarpin, mimo to jeszcze tego samego dnia zakończyła życie.

W tym również miesiącu widziałem wspólnie z kolegami Drami Krongoldem i Piskiem trzechletnią dziewczynkę na błonicę od doby chorującą, na obu migdałkach widać ledwie nalot złogu, nozdrza zrazu niezajęte, zapalenie nieżytowe spojówki powiekowéj obu ócz, przeważnie zaś lewego oka i powieki dolnéj, podawano chlorek pilokarpinu, nazajutrz na lewém oku, na spojówce powieki dolnéj błonica wystąpiła, wieczór cierpienie krtani, nazajutrz śmierć.

Widziałem jeszcze kilka przypadków zapalenia krtani bądź pierwotnego dławcowego, bez następowego po błonicy ust i połyku, leczonych przez szanownych kolegów za pomocą chlorku pilokarpinu, lecz nie widziałem najmniejszego skutku, chociaż leku przerzeczonego zaraz na początku choroby użyto; widywałem takich chorych kiedy wprawdzie już były obecne znamiona zwężenia krtani i duszność, ale nie było jeszcze tego znanego a serce rozdzierającego pragnienia powietrza, które w miarę jak choroba nagle lub wolniéj przebiega w okres trzeci zamartwiczy przechodzi, do którego przyłączają się oznaki steku żylnego i zatrucia kwasem węglowym.

W mojéj pierwszéj pracy o wartości chlorku pilokarpinu przytoczyłem jeden przypadek, w którym z powodu miąższowego zapalenia prawego migdałka podawałem lek wspomniony bez jednoczesnego używania wina, w tym przypadku nastąpił, jak wiadomo, bardzo silny zapad, obok znacznego ślinienia i potów niemal rozpływnych, które to przypadłości po użyciu środków podniecających, a mianowicie wina węgierskiego, szczęśliwie w dość krótkim ustąpiły czasie, chory prędko wyzdrowiał po pęknięciu powstałego ropnia.

Powyższe przypadłości, z użycia chlorku pilokarpinu powstałe, były dla mnie wskazówką, aby na przyszłość nie zaniechać nigdy podawania wina przy użyciu tego leku, ociągałem się zaś z podawaniem wina dla tego, że sądziłem, iż przy zapaleniu miąższowém migdałka mogłoby być wino szkodliwém.

Otóż ten chłopiec, który 18 października r. przeszłego znajdował się w mojéj kuracyi, powtórnie zachorował dnia 10 lutego rb. wśród dreszczów i gorączki; gdy mnie podówczas nie było w Krakowie, wezwano jednego z kolegów, który oświadczył, że chory cierpi na błonicę, skutkiem czego zalecił przedewszystkiém, aby się usunęła reszta członków rodziny z pokoju, w którym się znajdował chory, i aby przestrzegano iżby nie miała z nim żadnéj styczności, zalecił okłady lodowe, często trzymać w ustach kawałeczki lodu, wewnętrznie i zewnętrznie (do płukania) roztwór odpowiedni chloranu potasowego.

Tego samego chorego widziałem na trzeci dzień i to późno wieczorem, przy czém stan następujący mi się przedstawił: Chory otwiera usta, chociaż z niemałą trudnością, mianowicie część prawą ust, przy oglądaniu jamy ust widać podniebienie miękkie surowiczo nabrzękłe z obu stron, podniebienie miękkie i łuk podniebieniowy prawéj strony naciekly, wydłużony, ku przodowi wypuklony, migdałek prawy nabrzękły, a na górnéj jego powierzchni złóg wielkości grochu okrągłego, odgraniczony, żółty.

Wygląd powyższy, brak nabrzęku gruczołów podszczękowych, cierpienie podobne przed czterema miesiącami przebyte, wszystko to razem wziąwszy, przyszedłem do przekonania, że w tym przypadku błonicy nie ma. Nazajutrz z rana po oglądaniu jamy ust stan zmienił się o tyle, że chory lubo z trudnością lepiéj połyka niż wczoraj, że migdałek prawy znacznie się okazał być większym, aniżeli dnia wczorajszego, tak że wątpić nie można, że w skutek zapalenia miąższowego migdałka prawego powstanie ropień, (jak przed czterema miesiącami). jakoż opowiedział mi ojciec po kilku dniach, że jeszcze tego samego dnia ropień przepękł, i wylało się dużo ropy.

Wnioski: Chlorek pilokarpinu działa najczęściéj na gruczoły ślinne, pobudzając je do żywszéj czynności, i do obfitszego wydzielenia.

Na źrenicę nie zawsze działa, mianowicie zaś uważałem, że jego działanie nie prędko występuje i po dłuższém dopiero zażywaniu tego leku; najczęściéj działanie swe wywiera na jednę tylko źrenicę, rzadko na obie, maksymalne zwężenie obustronne tylko raz widziałem, dla czego tak jest, i od czego to zależy, dopiero dalsze doświadczenia wykazać zdołają.

Pilokarpin sprawia dokuczliwe nudności, a w następstwie i wymioty, w jednym przypadku zapobiegło się nudnościom i wymiotom przez domieszkę *Succi liquiritiae* do leku; czy domieszka ta w każdym razie zdolną będzie wstrzymać lub usunąć nudności i wymioty, to przyszłości i liczniejszym spostrzeżeniom zostawić należy.

Poty należą do najrzedszych następstw użycia pilokarpinu, chociaż teoretyczne wywody przemawiają za wystąpieniem potów po użyciu pilokarpinu, lecz nie zawsze teoryja odpowiada praktyce!

Pilokarpin w błonicy nie jest lekiem swoistym, lecz pewnéj skuteczności zaprzeczyć mu nie można. W chorobach krtani zawsze zawodzi.

Jednocześnie z chlorkiem pilokarpinu podawać należy środki pobudzające; w ostatnich czasach zamiast kwasu wodochlorowego, dodają kilka kropel *Spirit. muriaticoaetherei*.

W przeszłym tygodniu byłem wezwany do kobiety 60 letniéj nerwowego usposobienia, uwiędłéj, od ośmiu tygodni choréj; zrazu powstały u niéj na błonie śluzowéj twardego podniebienia, na dziąsłach dolnéj szczęki, na języku złogi żółtawe, następnie w pachwinie prawéj powstały pęcherze zwolna napełniające się cieczą żółtawą, które po pęknięciu po części przyskórka pozbawione, nie goiły się, na powierzchni jątrzącéj się były strzępki biało-żółtawe i wydzielina lepka obfita, na palcach nóg, mianowicie na powierzchni górnéj i wewnętrznéj, utraty przyskórka *(excoriationes)*, tu i owdzie pokryte jeszcze resztkami żółtawéj błonki po pęcherzu pozostałéj.

Lekarz tameczny Dr. B. przyżegał od czasu do czasu miejsca złogami pokryte azotanem srebrowym, zalecił płukanie z kwasu borowego, inny lekarz wezwany zalecił płukanie roztworem azotanu srebrowego i zapisał wewnętrznie odwar kory peruwiańskiéj.

Badając chorą znalazłem stan następujący: ciepłota 36,5° C., tętno 88, mocz kwaśny nie zawiera ani śladu białka, żadnego zboczenia narządów wewnętrznych, błona śluzowa twardego podniebienia pokryta licznemi złogami żółtemi, rozmaitéj postaci już to okrągłéj, już to podługowatéj, wielkości grochu okrągłego i większe. Na wewnętrznéj stronie policzków mniéj liczne, mianowicie dużo ich jest na podstawie języka, mniéj po brzegach a najmniéj na końcu języka, tu i owdzie są złogi na dziąsłach szczęki dolnéj, niekrwawiące, nozdrza przodkowe szczelnie strupami zatkane, po wydaleniu których następuje lekkie krwawienie, połykanie niebolesne, chora czasem miewa chwilowo chrypkę, prawdopodobnie przypisać to należy złogom na nakrywce krtaniowéj, okolica pachwinowa prawa przyskórka pozbawiona, owrzodziała, wypociną częścią płynną, częścią zbitą strzępiastą biało-żółtawą pokryta. Chora skarży się na świąd w pochwie we wchodzie do niéj widać nad otworem zewnętrznym cewki moczowéj kilka lekkich owrzodzeń czerwonych, wypociną niepokrytych; owrzodzenia powierzchowne na górnéj i wewnętrznéj powierzchni pierwszego i drugiego palca nogi lewéj, kilka podobnych jątrzących się miejsc na łydce lewéj. Ślinienia ani cuchnienia z ust nie uważałem. Chorobę wyż opisaną nazwać należy: *Stomatitis crouposo-diphtheritica, et excoriationes ejusdem indolis in regione inguinali dextra, in naribus et digitis pedum.*

We dwa dni zawiadomił mnie syn, że miała dreszcze a późniéj i gorączkę. Radziłem jamę ust pomazać kilka razy dziennie nastojem jodu i wyskokiem w równych częściach, robić wstrzykiwania do nosa za pomocą narzędzia natryskowego Webera co 2 godziny, jątrzące przeczosy posypywać proszkiem ze skrobi i kwasu salicylowego, a wewnętrznie jako środek przeciwgrzybicowy przepisałem siarkanu chininu po 0,15 co dwie godziny.

Kolega Dr. Pisek, asystent przy katedrze anatomii patologicznéj, badał nadesłane strzępki pod drobnowidem i podaje co następuje: strzępki przedstawiały się jako złogi wypociny dławcowéj, siatka skrzepłego włóknika, pomiędzy którego warstwami znachodziły się obfite ciałka limfoidalne, nadto miejscami można było stanowczo rozeznać pokłady grzybków w postaci kolistych lub nieregularnych kęp drobnoziarnistych, gdzie niegdzie siatka włóknika była nader wyraźna, szczególniéj tam, gdzie treści komórkowéj było mniéj.

Chorobę tę zwaliby lekarze dawniejsi pleśniawkami, a mianowicie wydarzają się pleśniawki złośliwe (*malignae*) u suchotników w okresie późniejszym, mianowicie przy rozpływnych potach, w uporczywéj biegunce, u charłaków, w gnilcu i przy zgorzeli.

Możnaby również chorobę powyższą uważać za bąblicę *(pemphigus)*, bo w téj chorobie bywają bąble w jamie ust, których treść może być przyrody dławcowéj lub błonicowéj.

Gdy chora ma być przewiezioną do Krakowa na kuracyję, przeto panowie dermatologowie będą mieli sposobność widzenia choréj i rozpoznania wyżéj opisanego cierpienia.

IV. Oceny i sprawozdania.

Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre. Vorlesungen für praktische Ärzte und Studirende von Prof. Dr. Albert. I Band (Heft 1—10). Zweite umgearbeitete und vermehrte Auflage. Wien und Leipzig, Urban et Schwarzenberg. 1881.

Najlepszą to zaletą, jeżeli dzieło obszerne, jak to, o którém zamyślamy pomówić, obszerne, bo składające się z czterech dużych tomów, a więc nie tak łatwo mogące być zmienianém, wydane przez profesora siedzącego dotąd w cichym i zapomnianym prawie zakątku, dzieło zresztą, które rywalizować musi z równorzędnemi sobie, a wydanemi przez autorów stojących od dawna na wybitnych stanowiskach, doczekało się tak prędko drugiego wydania, gdyż nie upłynęło więcéj niż kilka miesięcy od ukazania się ostatniego zeszytu pierwszego wydania.

Nie będziemy się przeto zastanawiali w ogólności nad zaletami dzieła tego, już zresztą z innych ocen dokładnie znanego, nadmienimy tylko, że snać forma wykładów, jaką sobie obrał autor, przemawia bardzo do smaku lekarzy praktycznych, bo ci sądzę przeważnie zaopatrują się w niniejsze dzieło; mniéj pewnie uczniowie, którzy potrzebują więcéj suchego, treściwego i systematycznego zebrania materyi, dla odświéżenia sobie w pamięci tego, co dopiero niedawno na wykładzie słyszeli. Inaczéj lekarz praktyczny. Ten potrzebuje dzieła wolniéj napisanego, gdzie autor ma wszelką swobodę do wynurzania swego podmiotowego zdania, a osobliwie autor tak ogólnie wykształcony, jak świeżo mianowany następca Dumreichera. Śmiało rzec o nim można, że jest on mistrzem słowa i pióra i porównać go pod względem stylu z niewygasłéj pamięci mistrzem Hyrtlem.

Nie znamy tak dokładnie ducha języka niemieckiego, aby ocenić, czy rzeczywiście tak dużo w książce Alberta jest prowincyjonalizmów i wiedeńsko-kancelaryjnego żargonu, który tak niemile razi delikatne ucho pewnego północno-niemieckiego krytyka; w każdym razie jednak uwzględnić trzeba z jednéj strony tę okoliczność, że autor nie jest rodowitym Niemcem, a z drugiéj strony wyrażamy życzenie, żebyśmy mogli z taką przyjemnością i korzyścią zarazem, jak czytaliśmy pisma Alberta, czytać i inne niemieckie książki, chociaż może napisane purystycznym językiem zoilów krzyżackich.

Lecz dosyć tych wycieczek antikrytycznych. Powtarzając jeszcze raz, że lekarz praktyczny, a osobliwie chirurg, znajdzie w książce Alberta lekturę przyjemną i pożyteczną, która mu nieraz zastąpi konsultacyję z bardzo doświadczonym specyjalistą, a często wytłumaczy naukowo to, co mu wiadomém z empiryi, przystępujemy do zastanowienia się nad różnicami wydania drugiego w porównaniu z pierwszém.

Przedewszystkiém wydanie to zasługuje na nazwę po-

mnożonego, jak to najlepiéj widzimy z liczby wykładów, tu bowiem ten sam materyjał t. j. choroby głowy i szyi objęte są w 34, w piérwszém zaś tylko w 30 wykładach. Pochodzi to ztąd, że niektóre rozdziały tak dalece zostały rozszerzone, iż musiano je podzielić na dwa wykłady, jak n. p. rzecz o zwarciu szczęk, choroby języka, połyku i gardziela. Oprócz tego przybył jeden wykład zupełnie nowy: o lokalizacyjach w mózgu, przyczém autor uwzględnił najnowsze zdobycze z dziedziny anatomii i fizyjologii mózgu, a nadto zrozumienie ich ułatwił wybornemi schematycznemi rycinami.

Historyja chirurgii jest w tém wydaniu jeszcze bardziéj uwzględnioną niż w piérwszém. Wszędzie spotykamy się z nowszą literaturą z ostatnich trzech lat, na szczególniejszą jednak wzmiankę zasługują: wywody co do działania chloroformu i w ogólności co do teoryi powstawania narkozy; daléj bardzo treściwy lecz jasny pogląd na owe drobne twory zwane bakteryjami i ich stosunek do gojenia się ran i powstawania chorób przyrannych; wreszcie zastósowanie najnowszych prac Bergmanna, Dureta i innych przy wyjaśnianiu spraw patologicznych mózgu.

Pomimo tak znacznego przybytku w treści liczy wydanie drugie o 45 stronnic mniéj niż pierwsze; pochodzi to ztąd, że druk tym razem jest o wiele zbitszym a nadto rzeczy mniéj ważne, jak opisy przypadków i t. p., drukowane są petitem. Nie jest to zapewne z korzyścią dla oczu, ale ułatwia przegląd równie jak kursywa użyta do nazw autorów a tłuste czcionki przy rozpoczęciu każdego nowego ustępu. Papier znacznie łepszy, rycin przybyło nowych kilkanaście, nadto wiele z dawniejszych zastąpiono wyraźniejszemi lub większemi.

W końcu pozostaje nam wytknąć kilka braków: i tak nie ma wzmianki o doświadczeniach Sonnenburga, który w przypadkach śmierci z chloroformu znalazł gaz wolny w żyłach; nie wspomniano o torbielakach *(kystoma)* szczęki dolnej, powstających ze zwyrodnienia narządu szkliwnego *(Schmelzorgan)*; nie poruszył autor tak głośnéj w ostatnich czasach aktinomykozy; nie podany jest sposób Sonnenburg-Lückego wycięcia nerwu dolnoszczękowego od zewnątrz przy zwieszonéj głowie; przy opisie leczenia ozeny nie uwzględniono tak skutecznego działania ostrych łyżeczek ani operacyi Rouge'go; zresztą w zawiléj kwestyi krupu i dyfteryi nie zabrał autor wcale głosu a jak nam się zdaje, uwzględniając jego sposób przedstawiania rzeczy jasno i zwięźle, stało się to ze szkodą dla książki i czytelników.

Pominąwszy tych kilka nieznacznych braków, zaliczamy książkę tę do najlepszych podręczników traktujących o chirurgii szczegółowéj i sądzimy, że drugie wydanie znajdzie również tyle, a może i więcéj, niż pierwsze wielbicieli, coby dało nam możność oglądania wkrótce trzeciego wydania, które wobec tak korzystnych warunków, w jakie obecnie autor wchodzi, z pewnością jeszczeby lepiéj wypadło niż dwa poprzednie, czego i autorowi i czytelnikom najserdeczniéj życzymy. *Docent Dr. Obaliński.*

J. Grasset: **Traité pratique des maladies du système nerveux. Deuxième édition, avec 35 figures dans le texte et 10 planches, dont 6 en chromolithographie et photoglyptie** Montpellier et Paris, 1881. Duża 8ka, str. VIII. 1096.

W patologii układu nerwowego Francuzi wyprzedzili o wiele Niemców, bo gdy ci — istne filologi (*sit venia verbo*) w zakresie nawet umiejętności lekarskich — badając starannie, w sposób godny z resztą wszelkiego uznania, drobnostki zgubili się w nich zupełnie i nie mogli objąć całości, tamci łącząc jenialnie ze sobą badania swoje i cudze stawiali od razu olbrzymie kroki na drodze postępu nauki o chorobach układu, w którym ściśléj zapewne niż gdzieindziéj połączone są ze sobą wszystkie części przez swe czynności. Kto więc chce nabyć wyobrażenia o całym przedmiocie, kto jako lekarz naukowy a zarazem praktyczny pragnie poznać tak dokładnie patologiją układu nerwowego, aby w ciemnych nawet przypadkach mieć należytą wskazówkę do działania lekarskiego, ten koniecznie winien udać się do piśmiennictwa francuskiego, które odznacza się nietylko mnóstwem cennych monografij, ale zarazem nader szacownym zbiorem podręczników, z jakiemi nawet najlepsze dzieła niemieckie nie mogą wytrzymać konkurencyi.

Do rzędu takich prac policzyć należy wyszły właśnie w drugiém wydaniu wykład o chorobach układu nerwowego przez Grasseta, który w przeciągu półtora roku doczekał się drugiego wydania, co samo dobrze świadczy o jego wartości.

Nie mogąc oczywiście zapuszczać się w ocenienie treści powiemy tylko, że autor stoi zupełnie na wysokości obecnego stanowiska nauki i w dziele swém uwzględnia wypadki najnowszych prac i badań osobliwie tak zasłużonéj na tém polu szkoły Charcota. W układzie widzimy znaczną różnicę od dzieł niemieckich: i tak zaczyna autor od ogólnego poglądu na życie i chorobę, podaje rzut oka na metody i podział w patologii chorób wewnętrznych, a wreszcie we właściwym wstępie mówi o układzie nerwowym w ogólności.

W patologii nerwów szczególniejszą trudność przedstawia podział chorób: anatomiczny, obecnie jeszcze w ogólności najdogodniejszy, chociaż nie najlepszy, nie da się z wiadomych powodów w zupełności przeprowadzić, symptomatyczny nie odpowiada dzisiejszym pojęciom o czynnościach układu nerwowego, a etyjologiczny, zdaniem naszém najdoskonalszy, pozostanie jeszcze na długo *pium desiderium.* Największa część autorów przyjmuje podział mięszany a lubo tym sposobem nie zaspakaja ścisłych wymagań loiki, to jednakowoż godzi się jako tako z potrzebami praktyki. Tego podziału trzyma się także Grasset i podzieliwszy całe swe dzieło na sześć części w pierwszych pięciu mówi o chorobach według podziału anatomicznego wplatając tu zręcznie w osobnych rozdziałach rzecz o przypadach jak np. o apopleksyi, afazyi itp. Wszędzie odnosi się autor ciągle do anatomii i fizyjologii i przywodzi na pamięć potrzebne z nich dla zrozumienia objawów chorobowych daty. Jasność wykładu, będąca następstwem prawdziwie matematycznéj ścisłości w myśleniu, stanowi jedną z największych zalet pracy Grasseta i zapewnia jéj powodzenie w kołach lekarskich tém bardziéj, że i strona zewnętrzna, jak papier, druk, nader piękne ryciny, chromolitografije i fotogliptie zaspakajają nawet wybredne wymagania. Pracę przeto Grasseta polecić możemy śmiało każdemu, kto pragnie poznać gruntownie w całości dzisiejsze stanowisko patologii i terapii układu nerwowego. *D.*

Wścieklizna, jéj przenośność i nowa choroba zakaźna odkryta przez Pasteura [1]).

Z początkiem bieżącego roku pojawiło się kilka znakomitych prac francuskich, rzucających nowe światło na powstawanie i przenośność wodowstrętu, które zwróciły na siebie uwagę całego uczonego świata.

[1]) Patrz Nr. 10 Przegl. Lek

Z powodu często pojawiającej się w kraju naszym wścieklizny u psów i ludzi, oraz niezmiernéj ważności owych badań parasitologicznych nietylko dla nauki o chorobach zakaźnych, dla patologii w ogóle, ale także i dla praktycznéj medycyny i higijeny, lubo z nich na razie nie wynikają nowe recepty i środki odwietrzające, uważam za stosowne zaznajomić czytelników z treścią rozpraw, jakie niedawno toczyły się w łonie Akademii lekarskiéj w Paryżu, według referatów Börnera i Buchnera, zamieszczonych w *Deutsche medicinische Wochenschrift* (Nr. 5 i 10).

W roku zeszłym Galtier z Lyonu okazał, iż wściekliznę przenieść można za pomocą szczepienia z psa na królików, które, średnio biorąc, po upływie 18 dni, a nawet i prędzéj w ciągu 4ch, 3ch lub kilku godzin, zdychały wśród objawów porażenia i drgawek. Fakt ten sprawdzony został obecnie przez pp. Raynauda i Lannelongue (*Bullet. de l'Acad. de médec.* 1881, Nr. 3). Badacze ci zaszczepili sześć królików śliną wziętą z dziecka pięcioletniego, ukąszonego d. 10go listopada przez psa wściekłego, u którego d. 7 grudnia objawiły się pierwsze niewątpliwe objawy wodowstrętu. Ślina braną była za życia i w kilka godzin po śmierci. Wszystkie króliki zdechły po upływie czasu wynoszącego od 17 do 48 godzin. Z 6 królików zaszczepionych cząsteczkami ślinianki zdechł jeden w ciągu 19 godzin. Króliki szczepione cząsteczkami obrzmiałych gruczołów limfatycznych i nerwu trójdzielnego owego dziecka również w krótkim czasie zdychały, podobnież jak króliki zdrowe szczepione śliną królików zakażonych. Zwierzęta te miały zdychać według R. i L. w skutek wścieklizny. Przeciw temu twierdzeniu wystąpił Collin z Alfortu i Dujardin-Beaumetz. Zarzucali oni, że powyższe doświadczenia nic nie dowodzą, gdyż króliki szczepione ciałem zakaźnem (zakaźnikiem), wziętem z dziecka cierpiącego wodowstręt, nie były dotknięte wścieklizną, lecz uległy gnilicy (*septicaemia*). Na ten zarzut R. i L. odpowiedzieli, iż nie może być tu mowy o przeszczepieniu jadu gnilicowego, do szczepień bowiem brano zakaźnik ze zwierząt wkrótce po ich skonie, to jest w chwili, gdy sprawy gnilne jeszcze nie wystąpiły. Zresztą zwierzęta zaszczepione śliną żyjącego dziecka, dotkniętego wodowstrętem, również zdychały a w tym przypadku przecież żadna zgnilizna (*sepsis*) istnieć nie mogła.

Nie ulega wątpliwości, że z przytoczonych dowodów tylko drugi posiada istotne znaczenie, gdyż przeszczepiano na królików chorobę ściśle u dziecka rozpoznaną, z którego jad czerpano. Co zaś do zwierząt zakażonych, dostarczających szczepianki, to zachodzi wątpliwość, czy one nie były gnilicą dotknięte, a w takim razie przeniesienie jadu choćby niepochodzącego z późniejszych okresów gnicia, mogło w saméj rzeczy wywołać gnilicę.

Nadto autorowie wzmiankowani nie podali w opisie doświadczeń swoich ilości jadu użytéj do zakażenia, a zresztą u wszystkich padłych królików nie spostrzegano pory tajenia się jadu (*stadium incubationis*), który w braku cechujących przypadków jedynie mógł przemawiać za istnieniem wścieklizny. Raynaud i Lannelongue słusznie wprawdzie mniemają, iż jedna i ta sama choroba zakaźna rozmaicie się objawia u różnych zwierząt, gdyż choroba taka jest wytworem wzajemnego na siebie działania ożywionego i rozpładzającego się jadu i zwierzęcego ustroju — wytworem, który różnym być musi dla odmiennych ustrojów zwierzęcych. Lecz z tego dowodzenia wynika tylko, iż wścieklizna u niektórych zwierząt może nie mieć okresu wylęgania się i ukrycia się jadu, trudno jednak przypuścić, aby mogło brakować u ssawców tak stałéj i ważnéj cechy wścieklizny. Istnienie bowiem okresu inkubacyjnego wskazuje, iż jad chorobotwórczy, będący niewątpliwie w chorobie tak wybitnie przenośnéj jak wścieklizna ustrojem zdolnym do rozmnażania się, musi przebyć okres stopniowego osiedlania się w różnych organach, zanim ilość jego będzie dostateczną do wywołania widocznych chorobowych objawów. Trudno daléj przypuścić, aby taki ustrój pasorzytny całkiem inaczéj zachowywał się w innem zwierzęciu niż u psa i człowieka i mógł w tak gwałtowny sposób rozmnażać się, co koniecznie należałoby przypuścić, gdyby choroba sztucznie wytworzona przez R. i L. była prawdziwą wścieklizną. Żałować należy, że ci badacze nie zrobili przekonywającego doświadczenia, polegającego na przeszczepieniu choroby z królika na psa, u którego objawy wścieklizny dostatecznie są znane.

W taki sposób rozumuje sprawozdawca H. Buchner.

* * *

Doświadczenia, z których Reynaud i Lannelongue zdawali sprawę na posiedzeniu Akademii d. 18go stycznia, znacznie rozszerzył Pasteur i o wynikach tychże zawiadomił na następnéj konferencyi (*Bullet. de l'Acad. de médec.* 1881, Nr. 4). Uczony ten zaszczepił dwa króliki śliną i krwią wzmiankowanego powyżéj dziecka, wziętą z niego w cztery godziny po skonie. Króliki zdechły po upływie 36 godzin. Pośmiertny rozbiór zwłok wykazał: przepełnienie żył w ścianach brzusznych rozpostartych, zwłaszcza w pobliżu miejsca zastrzyknięcia jadu, które za życia ropieć zaczęło; daléj obrzmienie gruczołów tchawicowych, pachwinowych i pachowych w obydwóch połowach ciała, tudzież wynaczynionki krwi w tychże gruczołach; wreszcie wzdęcie powietrzne tkanki łącznéj w okolicach pachowych i pachwinowych, zawały krwawe (*infarctus haemorrhagicus*) w płucach i wystrzyknęcie naczyń tudzież wysączyny krwawe w błonie śluzowéj tchawicy. Dziwnéj téj chorobie, nie uważanéj przez Pasteura za wściekliznę, towarzyszyła za życia bezwzględna niechęć do jadła, która objawiała się już w 5—6 godzinach po zastrzyknięciu jadu, co u zwierzęcia tak żarłocznego jak królik jest przypadłością cechującą i godną uwagi. W ostatnich chwilach przedśmiertnych spostrzegano objawy porażenne i drgawki.

We krwi padłych królików znalazł Pasteur nowy ustrój drobnowidowy. Grzybek ten posiada kształt króciutkiego prątka w środkowéj części ósemkowato zawiniętego (dwuczłonkowego), który ma $^1/_{1000}$ milimetra w średnicy i otoczony jest istotą trzęską na podobieństwo okręgu (areoli).

Na zasadzie spostrzeganego obrzmienia gruczołów limfatycznych, rozdęcia powietrznego tkanin i krwotoków a zarazem z powodu, iż grzybek opisany stale znajdował się we krwi zwierząt zakażonych, Pasteur wniósł, iż ma do czynienia z nową chorobą zakaźną, bynajmniéj zaś nie ze wścieklizną lub gnilicą, od których nowa postać chorobowa znacznie się różni pod względem zmian anatomicznych. Za tém zapatrywaniem przemawiał także ważny fakt, iż nowego jadu chorobotwórczego nie można było przeszczepić na świnki morskie, które posiadają taką samą wrażliwość na jady zakaźne jak i kroliki. Widocznie więc świnka morska ma w sobie saméj obronę przeciw napaści owego nowego jadu, czyli, inaczéj mówiąc, nowy grzybek nie znajduje sprzyjających warunków bytu w jéj ustroju. Nowy ten grzybek rozszczepnikowy (dwojnik Urbański, *Spaltpilz*) Pasteur daléj hodował i rozmnażał go za pomocą nowych

hodowli na rosole cielęcym, przyczém grzybek nie utracał zakaźnéj swéj mocy, to jest jadowitości dla psów i królików. Ztąd wynika, iż grzybek ten uważać należy za jedyny bodziec wytwarzający nową chorobę, gdyż wszelkie przymieszki zwierzęce, jakie do grzybka przylegać mogły, w skutek licznych hodowli rozdzielnych (*fractionirte Culturen*) rozcieńczone zostały do nieskończoności a têm samém musiały stać się dla ustroju całkiem obojętnemi.

Podczas sztucznych hodowli na rosole cielęcym znikał okręg trzęski a prątki w liczbie 100—150 łączyły się w paciorkowate, różańcowate łańcuchy, których pojedyńcze ogniwa posiadały kształt ósemkowaty, na podobieństwo grzybków wąglikowych, również okazujących tego rodzaju zawinięcie między dwoma brzuszkami. Postać tego nowego grzybka rozszczepnikowego w każdym razie nie jest jednak charakterystyczną i najbardziéj zbliża się, zdaniem Pasteura, do grzybka cholery kur, od którego natomiast całkiem się różni pod względem fizyjologicznego działania; zaszczepiony bowiem kurom nowy grzybek nie wywołuje żadnych chorobowych przypadków.

(Dok. nastąpi).

J. M. Rossbach: **Papayotyn środek rozpuszczający błony dyfterytyczne i dławcowe.**

Autor robił doświadczenia ze wszystkiemi rok rocznie obficie pojawiającemi się środkami, mającemi na celu rozpuszczanie błon wrzekomych. Wyniki doświadczeń rzadko odpowiadały celowi w zupełności. Obecne doświadczenia z papayotynem rokują najlepszą może przyszłość, jednak z powodu trudności w dostaniu tego środka nie mają dotąd obszerniejszéj kazuistyki. Wyniki tych badań są następujące:

1) Sok mleczny papayotynu, bez zapachu i smaku daje przy pogryzieniu uczucie podobne do żutéj kredy. Jedna część rozpuszcza się w 20 cz. wody. Zmian na przybłonkach błony śluzowéj nie sprawia.

2) Kawałek płuca świeżo zabitego królika zanurzony w 5% roztworze papayotynu okazał po kilku dniach ściągnięcie się tkaniny i przyblednienie.

3) Kawałek mięśnia z zabitego przed 2ma godzinami królika, zanurzony w takimże rozczynie, zmiękł już po półgodzinie i rozpadł się zupełnie.

4) Błony wrzekome wyjęte z tchawicy po dokonanéj tracheotomii rozpadły się w przeciągu godziny na drobne cząsteczki, a po 6 godzinach nie można było nawet pod mikroskopem rozeznać żadnych organicznych części.

5) Rozczyn 5% rozpuszcza błony prędzéj i dokładniéj aniżeli 2½% rozczyn, ½% rozczyn nie działa wcale.

6) Stopień ciepłoty stężonego rozczynu papayotynu nie wywiera wpływu na własność rozpuszczającą.

7) Porównanie z wodą wapienną i roztworem bromku potasu wypadło również na korzyść papayotynu, gdyż błony wrzekome nie rozpuściły się w tamtych płynach nawet po kilku dniach.

Podobnie ma działać także przetwór téjże saméj rośliny t. z. *Succus caricae papayae*, okazuje jednak znacznie słabsze działanie.

Autor nie uważa papayotynu za specyfik w zapaleniach błonicowych i dławcowych, w przekonaniu że nie same tylko błony wrzekome stanowią przyczynę niebezpieczeństwa tych chorób, stwierdza jednakże, że środek ten rozpuszcza zupełnie błony wrzekome, a têm samém zaleca się do dalszego użycia i doświadczeń.

W celu uzyskania pewnego skutku radzi R. wkraplać małym dzieciom nasyconego rozczynu papayotynu już to na język, już do nosa (nie tylko przy rozszeżeniu się błonicy na przewód nosowy) co 5 minut po kilka kropli, aby płyn ten działał ustawicznie na błony. (*Berliner klinische Wochenschrift* 1881, Nr. 10). *Dr. Murdzieński.*

W. Erb. **O zwężeniu i braku zwrotnéj ruchomości źrenicy.** Lipsk 1880.

Między przypadami wiądu pacierzowego, na które w ostatnich latach szczególniejszą zwrócono uwagę, jedno z ważniejszych miejsc należy się zwężeniu z brakiem zwrotnéj ruchomości źrenicy.

Przypad ten według Erba najlepiéj można wykazać w ten sposób, że zwróciwszy twarz badanego do światła poleca mu się patrzeć na przedmiot zacieniony a następnie kolejno oczy zasłania i odkrywa, do czego można także użyć korzystnie skoncentrowanego soczewką wypukłą światła dziennego lub od lampy. Nieruchomość źrenicy w têm doświadczeniu dowodzi obecności przypadu, o którym mowa.

Brak zwrotnéj ruchomości źrenicy występuje bardzo często już w piérwszych początkach, a prawie stale z pojawieniem się ataksyi we wiądzie pacierzowym, przyczém źrenice mogą być albo zwężone, jak to bywa najpospoliciéj w późniejszych okresach choroby, albo prawidłowéj wielkości albo nawet rozszerzone.

Prawie równie często występuje brak zwrotnéj ruchomości źrenicy w postępowém porażeniu obłąkanych, łączy się tu atoli rzadziéj ze zwężeniem, a o wiele za to częściéj z różnicą w wielkości źrenic.

W innych chorobach układu nerwowego brak zwrotnéj ruchomości źrenicy jest rzadkim przypadem; niewątpliwie wszakże pojawić się może w rozmaitych cierpieniach mózgu i rdzenia pacierzowego tudzież kile.

Według postrzeżeń dokonanych przez Erba na 84 niewątpliwych przypadkach wiądu pacierzowego wystąpił absolutny brak ruchomości zwrotnéj w 70%, niezupełna w 14·5%, prawidłowa w 15·5% przypadków. Z 71 przypadków, w których wykazano przypad przerzeczony, było ze zwężeniem źrenicy 37 czyli więcéj niż połowa, ze źrenicą prawidłową lub na obu oczach co do wielkości różną 34 przypadki. Zwężenie zatém źrenicy nie towarzyszy koniecznie brakowi ruchomości zwrotnéj.

Z tych 71 przypadków wiądu pacierzowego, w których wystąpiła zwrotna nieruchomość źrenicy, znajdowało się 43 w okresach początkowych choroby z ataksyją albo bardzo nieznaczną, albo zupełnie bez niéj, w pozostałych 28 była ataksyja mniéj lub więcéj wybitna. Z postrzeżeń szczegółowych na niektórych przypadkach wnosić należy, że nieruchomość zwrotna źrenicy trafia się w największéj liczbie przypadków wiądu pacierzowego i to przeważnie już w okresach bardzo wczesnych choroby.

Z postrzeżeń na cierpiących na inne choroby układu nerwowego i u zdrowych wypada, że zwrotna nieruchomość źrenicy występuje niekiedy i to wyjątkowo u pierwszych, nie pojawia się zaś wcale u drugich, nawet u ludzi wiekowych, u których nieraz widzimy zresztą zwężenie źrenicy.

W celu ocenienia znaczenia przerzeczonych zmian w źrenicy we wiądzie pacierzowym, potrzeba przedewszystkiém nie łączyć w jedno zwężenia z nieruchomością zwrotną.

Między nerwem okoruchowym a siatkówką znajduje się łuk zwrotny niewątpliwie w ośrodkach nerwowych. Nieru-

chomość więc zwrotna źrenicy mieć musi swe źródło w tym łuku, gdyż prawidłowy wzrok z jednéj, z drugiéj ruchomość źrenicy przy stosowaniu oka do odległości wykluczają zmianę w nerwie tak okoruchowym jak i wzrokowym tudzież siatkówce.

Zwężenie źrenicy pochodzi od nieprawidłowego działania rozszerzacza; włókna nerwowe idące do tego mięśnia mają mieć swój początek w rdzeniu przedłużonym, zkąd przez rdzeń pacierzowy i gałęzie łączące udają się do części szyjnéj nerwu współczulnego, z niego przez właściwy zwój oczny do tęczówki i znajdującego się w niéj rozszerzacza źrenicy. Napięcie tego mięśnia zależy po części sposobem zwrotnym od bodźców działających na nerwy czuciowe na obwodzie, tudzież od mózgu. Ponieważ nie można przypuszczać, aby anestezyja ogólna, jakiéj zresztą w wiądzie pacierzowym nie widzimy, była powodem braku podniety do rozszerzenia się źrenicy, trzeba raczéj uznać, że włókna nerwowe służące do rozszerzania źrenicy uległy porażeniu lub innéj zmianie wśród rdzenia pacierzowego lub w nerwie współczulnym.

W celu dokładniejszego badania tych okoliczności czynił Erb doświadczenia na chorych i przekonał się, że u ludzi cierpiących na wiąd pacierzowy ze zwrotną nieruchomością źrenicy najmocniejsze drażnienie skóry, n. p. prądem indukcyjnym za pomocą pędzla metalowego, nie wywołuje żadnego oddziaływania ze strony źrenicy, równie jak drażnienie właściwéj okolicy biegunami wilgotnemi w celu przepuszczenia prądu elektrycznego przez nerw współczulny. Toż samo nie można było dostrzedz żadnéj zmiany źrenicy podczas napadu bólów newralgicznych u chorych na wiąd pacierzowy. Jeżeli zaś nie było zwrotnéj nieruchomości, rozszerzała się źrenica po drażnieniu skóry na obwodzie tak samo jak i u zdrowych. Z tego wnosić można, że w wiądzie pacierzowym, jeżeli mamy zwężenie i zwrotną nieruchomość źrenicy, mamy także do czynienia z upośledzeniem władzy rozszerzania się źrenicy sposobem zwrotnym pod wpływem bodźców działających na obwodzie. *D.*

Prof. Dr. Howitz: **Uwagi z powodu wyleczenia przypadku wynicowania macicy trwającego od 18 miesięcy.**

W 14 miesięcy po porodzie, w którym łożysko sztucznie odklejono i wydobyto, znalazł H. u kobiety z powodu ciągłych prawie krwotoków bardzo niedokrewnéj: macicę wynicowaną, t. j. dnem łatwo krwawiącém sterczącą w pochwie poniżéj ujścia zewnętrznego w wielkości ręki dziecka a zasadą części wynicowanéj (szypułką) grubości męzkiego palca. Celem leczenia zaczął używać kolpeurynteru i usiłował wykonać po kilkakroć repozycyję śród uśpienia choréj chloroformem, — jednak bez skutku, a zabiegi te sprowadzały krwotok lub silne podrażnienia macicy i jéj sąsiedztwa. Po pewnéj przerwie użył repositorium postaci bilbouquet, w którego kielichu położona poduszka skórzanna wysuwać się dawała ku górze za pomocą laseczki, przechodzącéj od poduszki na zewnątrz w wydrążeniu rękojeści przyrządu całego. Kielich wraz z poduszką włożono do pochwy, tak iż poduszka przylegała do dna macicy, a cały przyrząd przymocowano elastycznemi sznurkami w około bioder choréj. Po 12 dniach usunięto ten przyrząd z przyczyny silnego podrażnienia macicy, — skutek jego był zupełnie ujemny. Odtąd zastosowywano trzy razy dziennie wstrzykiwania ciepłéj wody, śród czego podrażnienie macicy ustąpiło. Po 10 dniach próbował H. odprowadzić dno za pomocą piłki gumowéj, którą przytwierdził do dna macicy, wysuniętego ku górze aż do okolicy ujścia zewnętrznego, czteremi drutami przeprowadzonemi przez wargi maciczne w równych od siebie odstępach. Po 14 dniach puściły szwy a wynicowanie pozostało niezmienione. Powrócono do wstrzykiwań ciepłych, zakładano tampony z jodoformem a przy tem robiono co dzień massage i próby odprowadzenia przez 10 minut, bez użycia chloroformu. Skutkiem tego leczenia krwawienie ustało zupełnie, obrzęk zmalał, a kurczliwość macicy, przedtém mimo użycia chloroformu bardzo wyraźna, zmniejszyła się znacznie. Upatrując jedyną jeszcze przeszkodę udania się repozycyi w wązkości zasady wynicowania, począł H. rozszerzać tę okolicę tępemi łyżkami kleszczy sporządzonych do wydobycia wielkiego ukleju z jamy macicy, a zamykających się podobnie jak kleszcze porodowe. Oddalając powoli rękojeści tych kleszczy od siebie i rozszerzając przez to okolicę zasady wynicowania wpychał równocześnie palcem dno wynicowane ku górze; prób takich wykonał cztery, a w przerwach zakładał kolpeurynter i podawał sporysz. Już podczas trzeciéj próby uważał, iż repozycyja o wiele łatwiéj się udaje, a w kilka godzin po czwartéj uczuła chora nagle silny ból, poczém badanie wykazało, iż macica wróciła do pierwotnéj prawidłowéj postaci. Całe leczenie trwało 4 miesiące.

W uwagach nad tym przypadkiem nadmienia H., iż mając leczyć dawną inwersyję trzeba najpierw starać się zmniejszyć skłonność macicy do krwawień i do zapalenia a następnie trzeba usiłować uczynić zasadę wynicowania mniéj kurczliwą, więcéj podatną i szerszą. W tym celu zaleca H. przedewszystkiém robić tylko wstrzykiwania ciepłe tak długo, dopóki błona śluzowa dna nie zblednie, obrzęk wynicowany nie zacznie maleć i wrażliwość macicy nie zmniejszy się. Odtąd radzi wykonywać codzień massage i repozycyję bez pomocy chloroformu a w przerwach daléj wstrzykiwać ciepłą wodą i zakładać kolpeurynter. Śród tego leczenia zmniejsza się znacznie objętość obrzęku i przytępia się drażliwość macicy, tak iż skórczenia włókien mięsnych, podczas pierwszych prób repozycyi wyraźne, następnie ustają. Skoro obrzęk po kilku tygodniach zmalał, trzeba rozszerzać codziennie okolicę zasady wynicowania w sposób powyższy i równocześnie reponować macicę. (*Centralbl. f. Gynäkologie* 6, 1881). *Dr. Jordan.*

Wiadomości pomniejsze.

Zabliźniona rana sercowa. Dr. Kapff w Esslingen napotkał zmianę tę u 23-letniego młodzieńca, który w zamiarze samobójczym przyłożył sobie rewolwer malutki do gołéj skóry pomiędzy 5 a 6 żebrem poniżéj lewéj brodawki piersiowéj. W kilka godzin nastąpiły wymioty; 7 dnia stłumienie wielkości dłoni u dolnego brzegu lewéj tylnéj strony klatki piersiowéj. Ciepłota mało wzniesiona ponad stan prawidłowy wzmogła się 10 dnia bez najmniejszéj przyczyny nad 39° i pojawiła się wypocina szybko wypełniająca lewy bok klatki piersiowéj i worek sercowy. W 6 tygodniu gwałtowny ból w piersiach, niespokojność, nudności, wzdęcie brzucha. W 42 dniu śmierć. Sekcyja wykazała wzdęcie brzucha, znaczny wylew zielonawéj mętnéj cieczy do jamy brzusznéj. Brzeg wątroby wystawał poza łuk żebrowy a lewy płat wypełniał dołek sercowy. Zewnętrzna rana postrzałowa zdawała się zabliźnioną. Worek sercowy w całości luźno do serca przyrośnięty. U koniuszka serca można było rozeznać bliznę, która odpowiadając rozmiarom kuli zajmowała

przednią i tylną ścianę lewéj komórki, zresztą serce bez zmian. Przy oddzielaniu wątroby powstał otwór w lewym placie, który prowadził do zatokowatéj jamy, zajmującéj prawie cały płat i zawierającéj tę samą ciecz, co i jama brzuszna. Przy wydobyciu żołądka powstało kilka w nim otworów. Po odłączeniu worka sercowego od przepony okazał się nieco na lewo od jego szczytu otwór odpowiadający wielkości kuli a w przestworze między bocznemi wyrostkami pierwszego i drugiego kręgu lędźwiowego kula. Takowa dostała się zatém do stosu kręgowego przez koniuszek sercowy, przeponę i lewy płat wątroby. Późniéj nastało zapalenie lewéj opłucnéj i osierdzia i wypocina w obu jamach. Równocześnie utworzył się ropień wątroby, który przez pęknięcie i wylanie się jego treści do jamy brzusznéj sprowadził śmierć. (*Wiener med. Bl. 1881, Nr. 12*). *Dr. T. Świérz w Skawinie.*

Wstrzykiwanie wodnika chloralu w wiewiórze zaleca Dr Pasqua dwa razy dziennie w 2% rozczynie, bez używania innych środków. Zaraz po wstrzyknięciu powstaje uczucie lekkiego pieczenia, wkrótce potém swędzenie a po 3 minutach przyjemne uczucie chłodu. Po 3—4 dniowém używaniu wstrzykiwań ustaje parcie do oddawania moczu, bolesne wzwody i ból przy moczeniu; mocz staje się skąpszym, rzedszym, jaśniejszym a wydzielina znika po 8—10 dniach. (*Bulletin de Thér. 15 marca 1880*). *Dr. T. Świérz w Skawinie.*

V. Listy z Wrocławia.

I.

Ludność i położenie Wrocławia. — Wodociągi. — Uniwersytet. — Klinika chorób wewnętrznych. — Klinika położnicza i ginekologiczna. — Metoda operowania torbieli jajnikowych. — Laparotomija. — Rozprawa inauguralna Dra Hübnera. — Zakład anatomiczny.

Miasto Wrocław jest po Berlinie i Hamburgu najludniejszém miastem cesarstwa niemieckiego. Według obliczenia z r. 1880 ma 278,000 mieszkańców, z których koło 58% ewangelików, 34% katolików, 6% żydów. Jako główny punkt komunikacyjny między Austro-Węgrami, królestwem polskiém, południowemi prowincyjami Rosyi i księstwami naddunajskiemi z jednéj strony, a prowincyjami północnemi cesarstwa niemieckiego i ich dużemi portami z drugiéj strony, Wrocław jest miastem czysto handlowém. Dlatego daremnie byśmy tutaj szukali bogatych zbiorów arcydzieł sztuk pięknych, jakie po innych, choć mniejszych miastach Niemiec, znajdujemy w liczbie tak poważnéj.

Prawie przez środek miasta przepływa Odra, dzieląc je na dwie części. Rzeka ta spławna zaopatruje Wrocław w wodę do picia. Zakład wodociągowy leży we wschodniéj części miasta w bliskości ujścia Oławy do Odry. Ze względu na ważność kwestyi wodociągowéj w niektórych miastach Galicyi pozwolę sobie zakład ten opisać nieco dokładniéj.

Budowę wodociągów rozpoczęto już w r. 1866, do użytku publicznego oddano je jednak dopiero w r. 1871. Cały zakład dzieli się na trzy główne części, przeznaczone do podnoszenia, sączenia i rozdzielania wody. Kanał otwarty doprowadza wodę z Odry do studni zbiorowych, z tych prowadzi system rur ssących do pomp w budynku maszynowym. Budynek ten służy zarazem za podstawę dla głównego zbiornika wody oczyszczonéj. Wnętrze budynku maszynowego jest rozdzielone na cztery części dwiema ścianami prostopadle do siebie wzniesionemi. W trzech częściach mieszczą się trzy maszyny parowe i tłocznie; część czwarta jest zapasową na przyszłość. Od wschodu i zachodu przylegają do budynku głównego kotlarnie, w których mieści się jedynaście kotłów. Dwie wschodnie maszyny służące do podnoszenia wody, zbudowane według systemu Wolfa, są to proste maszyny wahadłowe, z których każda pracuje niezależnie od drugiéj. Każdy z wielkich cylindrów parowych ma średnicy 1.78 metra, tłok porusza się w nich na przestrzeni 3.46 m. Mniejsze cylindry mają średnicy 1 metr, a ruch tłoku w długości 2.35 m. Naprzeciwko cylindrów są ustawione zwykłe pompy tłoczące. Z pompy o wysokiém ciśnieniu przechodzi woda do wspólnego kotla powietrznego, a z tego za pomocą żelaznéj rury, o 0.8 m. średnicy, do górnego zbiornika. Rura ta przed wejściem do zbiornika rozdziela się na dwie odnogi, z których każda zaopatruje w wodę jeden oddział zbiornika. Średnica każdéj tłoczni wynosi 1 metr, ruch tłoku 3.3 m., każde zatém poruszenie jego wypycha 2660 litrów wody. Stojące obok tłoczni pompy przesączające mają średnicy 1.3m., ruch tłoku 2 . Posiadają one wspólny kocioł powietrzny, z którego woda udaje się do zbiornika przesączającego przez rury o świetle 0.8 m. Dwie zachodnie maszyny także systemu Wolfa są maszynami obrotowemi. Mogą one działać jednocześnie i każda oddzielnie. Średnice dużych cylindrów parowych wynoszą 1 255 m., małych 0.628 m., krok tłoku 2.41 m. Średnica pomp przesączających wynosi 0.667 m. krok tłoku 1.779. Zbiornik górny, umieszczony na budynku maszynowym, zbudowanym jest z płyt blaszanych, grubości przeszło 1½ ctm., nitowanych, podtrzymywanych za pomocą poziomych i pionowych żeber i podpór żelaznych. Długość i szerokość zbiornika wynosi 26.2 m., głębokość 6.55 m. Dwie ściany wewnętrzne zbiornika ustawione dzielą go na dwa oddziały, z których każdy ma oddzielone rury doprowadzające i odprowadzające. Obydwa zbiorniki obejmują 4150 m. wody.

Przyrząd przesączający składa się z czterech zbiorników, każdy o powierzchni przesączającéj, 3530 metrów kw. wynoszącéj. Są one otoczone wałami ziemnemi. Wały te dla większego oporu wpływom zewnętrznym pokryte są warstwą gliny i dokładnie wybrukowane płytami kamiennemi. Warstwa przesączająca jest złożoną: 1) z pokładu kamieni kruszonych, grubości 0.5 metra, 2) z pokładu drobnych, podobieranych kamyków, grubości 0.25 metra, 3) z warstwy żwiru o grubości 0.2 m., 4) w końcu z pokładu piasku o grubości 0.8 m. Woda przesączona dochodzi przez rury z lanego żelaza do zbiornika umieszczonego na zachód budynku maszynowego, zkąd dostaje się do górnego zbiornika. Ze zbiornika górnego rozchodzi się sieć rur, zaopatrujących miasto i przedmieścia w wodę do picia. Ogólna długość tych rur wynosi 119,017 metrów (około 16 mil). Cały wodociąg dostarczać może dziennie do 60,000 kub. cm. wody.

Mimo tak napozór skrupulatnego i dokładnego urządzenia tłoczni i przesączalni woda nieodpowiada wcale wymaganiom. Jest ona dość niesmaczną a w porze odwilży lub większych deszczów tak mętna, że jéj bez wstrętu pić nie, podobna. To téż i stan zdrowotny miasta niepoprawił się po zaprowadzeniu wodociągów do tego stopnia, jak to nastąpiło w Wiedniu, gdzie jak wiadomo, śmiertelność, po sprowadzeniu wody z górskich strumieni (*Schneeberg*), zmniejszyła się prawie o 12%.

Uniwersytet tutejszy należy do największych w północnych Niemczech. W r. b. wydział lekarski liczy 8 profesorów zwyczajnych, (z których dwóch profesorów przedmiotów praktycznych pobiera po 7000 mark płacy rocznéj), 12 profesorów nadzwyczajnych. Kliniki, z wyjątkiem położniczéj

i chorób kobiecych, mieszczą się wraz z zakładem patologicznym w szpitalu głównym *(Allerheiligen Hospital)*. Klinika położnicza wraz z zakładem fizyjologicznym pomieszczoną jest w zupełnie osobnym budynku w innéj części miasta *(Ohlauer-Stadtgraben)*. Klinika chorób wewnętrznych, któréj dyrektorem jest prof. Biermer, nie przedstawia nic godnego wzmianki. Urządzenie jéj takie samo jak innych zakładów tego rodzaju. Nauka praktyczna odbywa się podobnie jak na uniwersytetach austryjackich, uczniowie obejmują chorych i piszą historyje choroby. W ostatnich dniach pojawiło się na klinice kilka przypadków *Meningitis cerebro-spinalis epidemica*. Choroba ta ma dość często we Wrocławiu występować w postaci małych epidemij.

Klinika położniczo-ginekologiczna stoi pod kierunkiem prof. Spiegelberga. Pomieszczenie jéj dość dobre. Sale chorych utrzymane czysto, może tylko pomieszczono w nich za wiele łóżek. Sala ambulatoryjna a zarazem operacyjna obszerna, lecz ma trochę za mało światła. W ogóle przy urządzaniu tego zakładu pomyślano w miarę możności o wszystkiém, czego tylko wymagały postęp nauki, wygoda uczących się, jakoteż potrzeby chorych kobiet, szukających tutaj pomocy. Pomyślano nawet o założeniu cmentarza tuż obok kliniki. Cmentarz ten wprawdzie od kilku lat zamknięty nie może już służyć ku użytkowi niewyleczonych chorych, ale przynajmniéj widok licznych grobowców pozwala wyglądającym oknem zakładu pacyjentkom rozpamiętywać o znikomości rozkoszy ziemskich. Dyrektor zakładu prof. Spiegelberg należy do najznakomitszych niemieckich owaryjotomistów. Wykonał on dotąd koło 150 owaryjotomij i laparotomij.

Ostatnich kilkadziesiąt przypadków operował z przestrzegając ścisłéj antyseptyki. Rezultaty ich są godne pozazdroszczenia, bo śmiertelność wynosiła zaledwo 4 do 6%.— Miałem sposobność widzieć raz prof. Spiegelberga wykonywającego owaryjotomiję. Podziwiałem jego zręczność a szczególniéj poradność. Do asystencyi potrzebował tylko jednego lekarza (prócz drugiego, który czuwał nad narkozą). Operacyja, mimo kilku nieprzewidzianych powikłań, utrudniających ją znacznie, trwała niespełna 5 kwadransy. Prof. Spiegelberg kładzie ogromną wagę na dokładną antyseptykę. W sali dnia poprzedniego czysto wymytéj ustawiają na jakie ½ godziny przed operacyją spray i parą kwasu karbolowego nasycają powietrze. Spray jest czynnym z pewnéj odległości także w czasie saméj operacyi. Po dokładném antyseptyczném oczyszczeniu powłok brzusznych, prof. Spiegelberg wykonywa zwykłe cięcie w *linea alba*. Doświadczenie przekonało go, że długość cięcia wcale nie wpływa na wynik operacyi. I owszem, zauważył nawet, że cięcie powinno być raczéj za długie niż za małe. Daléj zwraca prof. S. wielce uwagę na czystość narzędzi i rąk. Narzędzia znajdują się w czasie operacyi na głębokiéj tacce, zanurzone w ciepłym kwasie karbolowym. Tak operujący, jak i asystenci są obowiązani w czasie operacyi obmywać często ręce w ciepłym kwasie karbolowym. Gąbki, według metody Volkmanna antyseptycznie oczyszczone, również znajdują się ciągle w ciepłym kwasie karbolowym. Po wyjęciu torbiela prof. S. wymywa nader starannie jamę brzuszną ciepłym rozczynem kwasu karbolowego. Prof. S. jest przeciwnikiem ujmowania trzona torbiela w klamrę i traktowania go zewnątrz powłok brzusznych. Trzon, podwiązany silnie podwójną nicią antyseptycznego (Volkmanowskiego) jedwabiu, pozostawia on w jamie brzusznéj. Przy takiém postępowaniu tylko raz postrzegano *haematokele retrouterina*, która w ciągu niedługiego czasu zakończyła się szczęśliwie. Do usypiania choréj używa S. mięszaniny chloroformu z chloralhydratem w równych częściach. Przed operacyją zastrzykuje się choréj strzykawkę pełną słabego rozczynu morfinu. S. uważa ten sposób usypiania chorych za najlepszy, bo narkoza jest głęboką i trwa długo. Biegu operacyi prawie nigdy nie zakłócają wymioty lub nudności, które tak często są ujemną i niewygodną stroną usypiania czystym chloroformem lub mięszaniną angielską. Objawy asfiksyi przy powyższym sposobie usypiania mają należeć do wyjątków. Ujemną stroną téj metody jest, że do wystąpienia zupełnéj narkozy potrzeba dość długiego czasu. Po założeniu antyseptycznego opatrunku chorą przenoszą w łóżku na osobną salę, poprzód dokładnie oczyszczoną. Zwykle już w parę dni po operacyi chora czuje się względnie dobrze i nie gorączkuje. Prof. S. wykonał także kilka kastracyj, w celu wyleczenia hyperestezyi jajników, objawów histerycznych itp. Operacyje wypadły pomyślnie, ale wyniki ich lecznicze nie zachęcają do dalszych doświadczeń.

Przed kilku dniami ogłosił lekarz tutejszy Dr. Hübner swoją *dissertatio inauguralis*. Za przedmiot do rozprawy obrał sobie Dr. Hübner zestawienie 24 owaryjotomij i 6 kastracyj, wykonanych w klinice prof. Spiegelberga, przy zastosowaniu ścisłéj antyseptyki. Z 24 owaryjotomij wykonał 23 sam prof. Spiegelberg, zaś jednę jego obecny asystent Dr. Bruntzel.

Zakład anatomiczny pomieszczony jest w osobnym budynku na Catharinenstrasse. Budynek ten duży, przerobiony z dawnego klasztoru, nie odznacza się wcale okazałością. Zbiory anatomiczne, a szczególniéj anatomiczno-porównawcze, mają należeć do największych w Niemczech. Preparatów z anatomii porównawczéj jest koło 5000, — między temi wiele szkieletów rzadkich zwierząt ssących. Zbiór anatomii opisowéj ludzkiéj liczy do 2200 preparatów. Na wzmiankę zasługują ładne preparata angijologiczne, wykonane przez prof. Barkowa, dawniejszego dyrektora zakładu. Prosektoryjum znajduje się w dużéj sali, służącéj dawniéj za refektoryjum klasztorne. W zakładzie mają rządowe mieszkania dyrektor, dwóch asystentów zakładu i prosektor.

Wrocław, 28 marca 1881. *Dr. Kopff.*

VI. Zjazd III. lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

W ciągu ubiegłego tygodnia zgłoszono się do Wydziału gospodarczego z zapowiedzią następujących prac, które mają być wniesione w Sekcyjach Zjazdu:

I. Z zakresu medycyny wewnętrznéj: 1. *Syphilis praecox maligna.*

2. *Herpes febrilis.*

3. O peptonach białkowych w moczu osób dotkniętych rakiem.

4. Gruźlica krtani.

5. *Uraemia.*

6. Syfilis słuchu.

II. Z zakresu fizyki: O kinetycznéj równowadze płynu nieściśliwego pod wpływem grawitacyi i siły odśrodkowéj.

III. Z zakresu etnologii: Botaniczne wiadomostki jako przyczynek do lecznictwa ludowego.

Razem więc mamy dotychczas zapowiedzianych 26 wykładów w Sekcyjach, mianowicie: 1 z zakresu fizyjologii,

1 z anatomii patologicznéj, 10 z medycyny wewnętrznéj (z tych 3 o chorobie syfilitycznéj), 1 z chirurgii, 4 z higijeny, 2 z fizyki, 1 z chemii, 2 z botaniki, 1 z etnologii.

Jak żywo Zjazdem naszym zajęli się koledzy lekarze w Czechach, o tém świadczy ta okoliczność, że dotychczas już 12 lekarzy z Pragi zapowiedziało swe przybycie, a pomiędzy tymi czteréj obiecali przedstawić prace i spostrzeżenia z zakresu medycyny praktycznéj, mianowicie PP. Doc. Dr. Janovsky, Doc. Dr. Maixner, Dr. J. Thomayer, asyst. klin. i Dr. J. Czarda I. sekundaryjusz szpit. Wykłady przez tych szanownych Kolegów zapowiedziane wymieniliśmy powyżéj.

Co się tyczy zadań proponowanych do dyskusyi w Sekcyjach, to z zakresu Medycyny sądowéj proponowane są następujące:

1. Jakie znaczenie ma opuchlina płuc (*oedema pulmonum*) w przypadkach sądowo-lekarskich?

2. Czy wgniecenia pośmiertne na szyi pochodzące od odzieży (np. od koszuli) mogą naśladować — i do jakiego stopnia — rowek z zadziergnięcia szyi za życia powstały?

3. Jakie znaczenie ma oprawa przeciwgnilna dla medycyny sądowéj?

4. Znaczenie jasnoczerwonego zabarwienia krwi i plam trupich.

5. Czy wzywanie znawców lekarskich ze strony obrońców jest pożytecznėm i pożądaném?

6. Czy obecność płynu w organach wewnętrznych dowodzi śmierci z utonięcia?

7. Czy płuca dzieci, które oddychały, mogą stać się znów bezpowietrznemi?

8. Jakie są najlepsze sposoby dochodzenia plam nasiennych?

9. Czy przypuszczenie obłąkania moralnego jest uzasadnioném?

10. Czy lekarz sądowy może orzekać o poczytności?

Szanowni Koledzy, którzyby zechcieli się podjąć, w Sekcyi medycyny publicznéj, referatu co do jednego z powyższych zadań, raczą donieść o tém niżéj podpisanemu, najdaléj do końca kwietnia r. b.

Prof. Dr. Janikowski.
Przewodniczący Wydziału gosp. III Zjazdu.

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* Otrzymaliśmy 8me Sprawozdanie komitetu Tow. Opieki szpit. dla dzieci w Krakowie z r. 1880 (Kraków 1881, w 8ce str. 38). Dowiadujemy się z niego, że pawilon dla chorych zaraźliwych, który kosztować ma 31,000 złr, już pod dach wyprowadzony został, że ogólny dochód w r. 1800 wynosił 18,368 złr., rozchód zaś 12,754 złr., że majątek Towarzystwa wynosi 88,767 złr. Leczono w roku tym w szpitalu dzieci 757, ambulatoryjnie 2003, zaszczepiono 66, ogółem 2826; uleczonych wyszło ze szpitala dzieci 351, z polepszeniem 56, umarło 241.

(L) Śmiertelność w W. Brytanii w r. 1880 wynosiła 20.7 na 1.000 mieszkańców (u nas 38.0), liczba zaś urodzin 34.6. W pierwszym roku życia zmarło 25.5% (w naszych miastach 25.7), wyżéj zaś lat 60 24.7% ogółu zmarłych (u nas 16.24). Z ogólnéj liczby skonów na choroby zakaźne przypada 15.6. (W miastach galicyjskich 17.30).

(L) Szpitale berlińskie 1879/1880. Do ocenienia stanu zdrowia w miastach z korzyścią użyć można ruchu chorych w szpitalach publicznych przedstawianego w tygodniowych wykazach chorobowości. Urząd zdrowia ces. niemieckiego zarządził układanie takich wykazów we wszystkich szpitalach berlińskich i obecnie ogłosił ich zestawienie. W szpitalach tych leczono w ciągu dwóch lat ogółem 72.802 chorych. Z téj liczby przypada na choroby zakaźne (wraz z kiłą) 14 674 tj. 20 15%. na choroby narządu oddechowego 9568 tj. 13.14% chorych. Wartoby i u nas pomyśleć o zaprowadzeniu takich tygodniowych wykazów chorobowości w szpitalach.

— Dr. Thurigny i pewna liczba jego kolegów wnieśli we francuskiéj Izbie deputowanych projekt do ustawy téj treści: „Każdy obywatel francuski, który zginął przy ratowaniu podczas pożaru, każdy lekarz zmarły przy leczeniu w szpitalu choroby epidemicznéj, każda osoba, która poniosła śmierć przy ratowaniu życia swego bliźniego, ma być uważaną jako poległa na polu chwały i pozostawi swéj wdowie lub dzieciom pensyją taką, jak żołnierz poległy na polu bitwy, to jest podwójną pensyję zwyczajną“ Przy głosowaniu wniosek ten uznano za nagły. *(France médicale* 1881, 3[illegible]).

Statystyka epidemij. W tygodniu 10 (do 26 5 marca) ospa rozszerzyła się więcéj w Londynie. Świeżo zapadło 219, umarło 52, leczyło się w szpitalach 835. W Wiedniu umarło 30, w Budapeszcie 11, w Petersburgu 3, w Paryżu 24. Z duru brzusznego umarło w Paryżu 53, w Petersburgu 45. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 34. W Amsterdamie wydarzył się 1 przypadek cholery swojskiéj. Od 1—5 stycznia umarło w Rio de Janeiro 9 osób z febry żółtéj. W Krakowie umarło w tygodniu 11 (do 12 marca): 4 z ospy, 1 z odry, 1 z płonicy, 1 z błonicy, a doniesiono w tymże czasie: o 4 przypadkach ospy, 6 odry, 1 płonicy, 3 błonicy, 2 duru osutkowego, 1 gorączki połogowéj, 1 róży.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 10 (do 5 marca) umarło na 1000 mieszkańców i na rok w Krakowie 37,2; we Lwowie 33,7; w Poznaniu 23,9; w Wiedniu 32,1; w Budapeszcie 34,5; w Pradze 43,5; w Tryjeście 40,9; w Berlinie 22,8; Wrocławiu 35,4; w Gdańsku 27,5: w Mnichowie 33 2; w Dreźnie 24.1; w Lipsku 19,5; w Genewie 26,6; w Brukseli 24,4; w Amsterdamie 27,6; w Hadze 27,4; w Paryżu 28.0; w Londynie 23,0; w Kopenhadze 24,5; w Stokholmie 30,6; w Chrystyjanii 20,4; w Petersburgu 54,0; w Odesie 32,8; w Wenecyi 24,9; w Bukareszcie 33,3; w Madrycie 44.0; w Barcelonie 27,9; w Aleksandryi 33,8; w Rio de Janeiro 40,9; w Bombayu 35,9; w Madrasie 39,5.

J. B.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków d. 31 marca. Minister oświaty zatwierdził Dra Alfreda Obalińskiego, prymaryjusza w szpitalu św. Łazarza, jako docenta chirurgii. Nowo zatwierdzony docent rozpocznie swoje wykłady w półroczu letniém.

* Wydział lekarski Uniw. Jagiell. rozpisał ponownie konkurs na posadę asystenta przy katedrze chemii lekarskiéj. Podawać się można do Dziekana do końca kwietnia rb.

* Jeszcze nie słychać nic o rozpisaniu konkursu na posadę lekarza miejskiego, opróżnioną prawie od roku. Już nawet odzywają się głosy, że posada ta jest zbyteczną, skoro i tak istniejemy. Zapewne, że istniejemy, ale czy biedni mają opiekę lekarską w przypadkach nagłych, o to się nie pytamy. Wypadałoby przecież, aby komisyja sanitarna poruszyła raz tę sprawę i dowiedziała się, dla czego trzecia część miasta od tak długiego czasu pozbawioną jest lekarza miejskiego.

* Korespondent lipski czasopisma *Progrès médical* opowiada o dowcipném odezwaniu się prof. Ludwiga w obec prof. Mareya, który odwiedził jego zakład. Gdy ostatni wyraził swoje zdziwienie z powodu wielkości żab w zakładzie lipskim do doświadczeń służących, Ludwig odrzekł: „En France vous avez de grand Marey, mais des petites grenouilles: nous, en revanche, nous avons des petits marais, mais des grandes grenouilles“.

* Zwracamy uwagę na urzędowe ogłoszenie Prezydyjum c. k. Namiestnictwa o egzaminach fizykackich, podane w Numerze dzisiejszym podane.

* **Lwow.** Akt notaryjalny sporządzony na podstawie dokumentu darowizny pana Stillera, przytoczonego w dosłowném brzmieniu w sprawozdaniu z Walnego Zgromadzenia Tow. lek. gal., podpisany został w obec notaryjusza p. Jasińskiego, przez

fundatora pana Stillera oraz prezesa i sekretarza Towarzystwa na dniu 12 marca 1881. — Oryginał tego aktu pozostał w kancelaryi notaryjalnéj, a po jednym odpisie otrzymały obie strony tudzież władza skarbowa dla wymiaru należytości.

W sprawozdaniu dołączonego do Nru przeszłego mylnie podano, iż między obecnymi ze strony Rady Zawiadowczéj znajdował się Dr. Rosner, podczas gdy był Dr. Różański; także w wykazie funduszu żelaznego wydrukowano mylnie dochód z asekuracyi, który wynosi 246 złr., a nie 346 złr.

* **Mianowania i odznaczenia.** Jeneralny lekarz sztabowy i lekarz przyboczny Cesarza niemieckiego prof. Lauer, otrzymał rangę jenerała dywizyi z tytułem ekscelencyi (w Austryi naczelny lekarz wojskowy ma tylko rangę jenerał-majora). — Docent prywatny Dr. Karol Nicoladoni we Wiedniu mianowany został zwyczajnym profesorem w Insbruku.

Nekrologija. Zmarł Dr. Emanuel Rezek, lekarz kąpielowy w Cieplicach. — D. 10 marca umarł Dr. Maksymilijan Majewski lekarz pow. ciechanowskiego (gub łomżyńskiéj.)

D. 19 marca umarł w majątku swym Konarach, w gub. radomskiéj, Dr. Adam Helbich. Urodzony w Warszawie w r. 1796 odbył studyja lekarskie w Warszawie i Berlinie, do r. 1840 był lekarzem wojskowym, a do r. 1867 praktykował w Warszawie; był jednym z założycieli kasy wsparcia dla podupadłych lekarzy oraz wdów i sierót po lekarzach, założycielem i redaktorem *Tygodnika Lękarskiego*, prezesem i członkiem honorowym Tow. lek. warsz. Uwielbiany dla swéj filantropii doznawał poszanowania wielkiego wszędzie, gdzie przebywał. Ciało jego śród wymownych objawów współczucia i uznania przeniesiono do Warszawy.

W dniu 24 marca br. umarł w Cieszynie Rymorz Jan, Dr. wszech nauk lekarskich, starszy lekarz w rezerwie i lekarz praktyczny w Cieszynie, w 30 roku życia Przyczyną śmierci był dur osutkowy, którego nabawił się w domu karnym, (gdzie panuje obecnie dur osutkowy), i to zastępując lekarza więziennego złożonego ciężkim durem osutkowym, Zmarły rozpoczął nauki lekarskie w Krakowie, ukończył takowe w Wiedniu i tam otrzymał dyplom doktora wszech nauk lekarskich. Osiadłszy przed kilkoma laty w Cieszynie zjednał sobie w krótkim czasie poważanie i przyjaźń kolegów i cieszył się rozległą praktyką, któréj poświęcał się z bezprzykładną bezinteresownością. Należał on nadto do stronnictwa narodowego na Szląsku austryjackim, a wpływ jego na lud wiejski był têm skuteczniejszy, że urodzony i wychowany na Szląsku znał zwyczaje i potrzeby ludu i posiadał jego zupełne zaufanie. Szląsk stracił w nim zdolnego lekarza i gorliwego patryjotę. To téż liczne grono kolegów i przyjaciół towarzyszyło pogrzebaniu jego zwłok na cmentarzu ewangielickim w Cieszynie, które odbyło się w dniu 26 marca. Cześć jego pamięci.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 13: Brodowskiego Elsenberga: Kazuistyka anatomo-patologiczna. Chroniczne zapalenie otrzewnéj w związku z marskością wątroby (*cirrhosis hepatis*); Rosentala: Spostrzeżenia neuropatologiczne I. Dwa przypadki *sclerosis lateralis amyotrophicae* (dok.); Matlakowskiego: Obecne stanowisko metody listerowskiéj (c. d.) — W *Medycynie* Nr. 13: Markiewicza: Wskazówka dotycząca sposobów użycia mleka krowiego dla niemowląt i dorosłych.

Redakcyja otrzymała:

Dr. Karol DENAROWSKI, referent sanitarny w Czerniowcach: Sanitätskarte der Bukowina (w dwóch arkuszach), oraz: Commentar zur Sanitätskarte der Bukowina, Wien 1880, in 8vo str. 210 i tablica.

Prof. Dr. SCHOELER (w Berlinie): Jahresbericht über die Wirksamkeit der Augenklinik von Prof. S. zu Berlin 1880, Berlin 1881. in 8vo str. 66.

Sprawozdanie z czynności krajowego stowarzyszenia patryjotycznéj pomocy Czerwonego Krzyża, za rok 1880, we Lwowie 1881, in 8vo str. 75.

Sprawozdanie o rozbiorze chemicznym źródła Wandy na Miodziusiu w Szczawnicy, świeżo dokonanym przez Dra Bronisława Radziszewskiego. Kraków 1880.

Dr. B. WICHERKIEWICZ: Trzecie sprawozdanie roczne zakładu leczniczego dla ubogich chorych na oczy w Poznaniu 1881, in 8vo str. 36. (Uwagi nad têm sprawozdaniem podamy późniéj).

A. TAMASSIA: Sull' irrigazione sanguigna del fondo dell' occhio e nella cavità del timpano nella morte per appicamento (Estr. dai Rendiconti del R. Istituto Lombardo, Milano 1881) in 8vo str. 3.

Dr. M. GUMPLOWICZ. Wasser Heilanstalt Weidlingau an der Westbahn bei Wien. Wien 1881 in 16o str. 12.

Piśmiennictwo lekarskie. JAHRESBERICHT ü die Leistungen und Fortschritte im Gebiete der Ophthalmologie, begründet von Albr. Nagel, fortgesetzt u. red. v. Jul. Michel 8 Jahrg. F. D. J. 1877. 2 Hälfte. gr. 8. Tübingen, Laupp. M. 4.

— des Wiener Stadtphysikates üb. seine Amtsthätigkeit im J. 1879. IX, gr. 8. Wien. Braumüller. M. 4.

— der königl. Thierarzneischule zu Hannower. Hrsg. v. dem Lehrer Collegium. 12 Ber. 1878/79. gr. 8. Hannover, Schmorl et v. Seefeld. M. 4.

Towarzystwo lek. krak. odbędzie we Środę dnia 6 kwietnia posiedzenie zwyczajne, w sali Akademii Umiejętności, na którém: 1) kol. Obaliński okaże i objaśni kilka nowych przyrządów; 2) kol. Gluziński odczyta swą pracę: „O zapaleniu nagminném opon mózgowych i rdzenia pacierzowego,“ z oddziału doc. Dra Pareńskiego; 3) kol. Kułakowski mówić będzie o gruźlicy nerek w wieku dziecięcym.

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak. odbędzie we Wtorek d. 5 kwietnia rb. o godz. 5 popołudniu w sali Akademii Umiejętn. posiedzenie, na którém: 1) kol. Skórczewski odczyta swą pracę: „O przyczynach i rozwoju niektórych postaci uporczywych biegunek, oraz o ich leczeniu w Krynicy; 2) kol. Lutostański przedstawi rzecz: „O studniach, ich zanieczyszczeniu i budowie, z uwzględnieniem Krakowa i najbliższéj okolicy.“

Do Nru dzisiejszego dołącza się: Doniesienie o wodzie gorzkiéj Franciszka Józefa w Buda Peszcie.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 2830 / pr.

OGŁOSZENIE.

W myśl rozporządzenia c. k. Ministerstwa spraw wewnętrznych z dnia 18 września 1875 odbędą się egzamina lekarzy i weterynarzy, przepisane rozporządzeniem Wys. Ministerstwa spraw wewnętrznych z d. 21 marca 1873 (dz. u. p. l. 37) w celu uzyskania stałéj posady w publicznéj służbie zdrowia przy władzach administracyjnych, w maju rb. a to dla lekarzy w Krakowie, zaś dla weterynarzy we Lwowie.

Prośby o przypuszczenie do tegoż mają być wniesione najdaléj do 15 kwietnia rb. do c. k. Namiestnictwa we Lwowie przez dotyczące c. k. Starostwa i zaopatrzone w dowody wymagane §. 7. względnie 17. powyżéj powołanego rozporządzenia.

Z Prezydyjum c. k. Namiestnictwa.

We Lwowie dnia 26 marca 1881.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj pół tora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Ulica Podwale Nr. 84.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń. które przyjmują: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Boulv. Voltaire 180, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 9 kwietnia 1881. № 15. Rok XX.

I. Ogólny pogląd na nowotwory.

Podał Prof. Browicz.

(Wykład miany na posiedzeniu Towarzystwa lek. krakowskiego z dnia 16 marca r. b.)

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 14).

Na korzyść przypuszczenia Cohnheima przemawia znany fakt dziedziczności nowotworów. Znamy w literaturze liczny szereg przykładów powstawania u kilku generacyj jednorodnych nowotworów, niekiedy nawet w tych samych narządach lub w tym samym systemie tkankowym rozwijających się. Przypadki wrodzonych nowotworów, tak dziedzicznie jakoteż niedziedzicznie pojawiających się, przemawiają również za przypuszczeniem Cohnheima. Wielokrotność nowotworów rozwijających się wśród jednego i tego samego systemu tkankowego niekiedy w wielkiéj ilości a nie będących ze sobą w związku przyczynowym popiera również to zapatrywanie.

Hypotezą swą tłumaczy też Cohnheim powstawanie nowotworów w pewnych t. zw. predylekcyjnych miejscach, jak np. pojawianie się nowotworów przybłonkowych na wargach, na skrzydłach nosowych, powiekach, napletku, żołędzi, w odbytnicy, na wargach macicznych. W miejscach tych bowiem w życiu płodowém powstają wpuklenia zewnętrznego listka płodowego albo też połączenie tegoż z kanałem przybłonkowym środkowym, jak to np. właśnie w odbytnicy jakoteż przy ujściu zewnętrzném szyjki macicy się dzieje. W miejscach tych łatwo mogą powstać nieprawidłowości w stosunku części i warstw składowych, w skutek czego ogniska, grupy komórkowe oddzielone, odsznurowane, tkwią poza obrębem fizyjologicznego pokładu przybłonkowego, późniéj tworząc tło nowotworów.

W ten sposób powstawać mogą przybłoniaki w przełyku w miejscu skrzyżowania z oskrzelem, na tle nieprawidłowości, jakie w czasie rozdzielania się pierwotnie połączonych obu tych kanałów powstawać mogą, chrząstniaki w płucu i gruczole przyusznym z pozostałych szczątków chrzęstnych, które w płucu przy budowie ścian oskrzelowych niezużyte zostały, w gruczole przyusznym z części chrzęstnych łuków skrzelowych, itd. Wiadomo również, iż nowotwory przybłonkowe powstają w okolicy pachowéj u kobiet z niedokształconych, dodatkowych gruczołów mlecznych.

Udowodnienie bezpośrednie, wykazanie mikroskopowe takich ognisk komórkowych zarodkowych w ogólności jest niemożebném, choćby już dla tego, że nie potrafilibyśmy po niczém odróżnić komórek zarodkowych od komórek wchodzących w skład tkanki stałéj, wykształconéj lub od komórek z proliferacyi tychże powstających. Związek nowotworów z ogniskami zarodkowemi wykazać się da wyjątkowo tylko, jak to w kilku formach nowotworów dotychczas uskuteczniono, których powstawanie z zawiązków płodowych nie ulega wątpliwości.

Przypuszczenie Cohnheima ma więc do pewnego stopnia rzeczywistą podstawę, czy daje się jednak odnieść do wszystkich nowotworów, czy obecność takich ognisk komórkowych zarodkowych konieczną jest do powstania nowotworu?

Wiadomo, iż na tle wrzodów granulujących powstają nowotwory przybłonkowe. Nie tak rzadko spostrzegać można, iż na dnie wrzodów goleniowych od przybłonka pokrywającego stopniowo od brzegów dno wrzodu wsuwają się w głąb ziarniny pasma przybłonkowe coraz głębiéj, rozkrzewiają się i nadają tkaninie charakterystyczną cechę nowotworu przybłonkowego. Nacieki te przybłonkowe drążą głęboko, niszczą kość, jak to np. niedawno miałem sposobność widzieć na podudziu odjętém przez kol. Obalińskiego.

Z ziarniny nadmiernie bujającéj wytwarzają się niekiedy znacznéj objętości włókniaki. Niedawno widziałem taki włókniak objętości pięści wytworzony na tle wrzodu goleniowego.

Z kostniny po złamaniach kości wytwarzającéj się rozwijają się niekiedy chrząstniaki. Na końcach nerwów po amputacyjach rozwijają się niekiedy nerwiaki.

Przybłoniaki wargi rozwijają się, jak to Thiersch wykazał, z pokładu powierzchownego przybłonkowego, w ten sposób powstają także powierzchowne przybłoniaki skórne. Nowotwory te powstają więc w miejscach, w których pierwotna

tkanina nawet zniszczeniu uległa lub jak przybłoniaki skórne z pokładu przybłonkowego ciągléj ulegającego odnowie, nie możemy więc powstania ich odnieść do obecności ognisk komórkowych zarodkowych.

Gdzież tkwi przyczyna ich rozwoju? Nie potrzebujemy, zdaje mi się, daleko sięgać po wytłumaczenie tego.

Na wstępie zwróciłem uwagę kolegów na znaczne różnice indywidualne w zdolności twórczéj poszczególnych tkanek. Wiemy również, iż ta zdolność twórcza jest zazwyczaj ograniczoną i wszelka produkcyja patologiczna z wyjątkiem właściwéj nowotworowéj nie przekracza pewnych granic, czy produkcyja owa przedstawia się jako regeneracyja, czy też przerost lub téż wreszcie produkt zapalenia. Odmiennie zachowują się nowotwory, bujanie tkanki nowotworowéj o wiele energiczniejsze, wzrost ich niekiedy prawie nieograniczony, elementa ich składowe odznaczają się niezwykłą twórczością, nawet przeniesione w miejsca odległe rozwijają się daléj.

Uwzględniając więc owe różnice indywidualne w zdolności twórczej tkanek, co jest faktem nie ulegającym wątpliwości, musimy przypuścić, iż u niektórych osób zdolność twórcza pewnych tkanek przekracza zwykłą fizyjologiczną miarę, iż obdarzone one bywają szczególną energiją proliferacyjną. Ponawianie się nowotworów miejscowe po wycięciu tychże, niekiedy po dłuższym dopiero czasie, nawet po latach kilkunastu i to niekiedy wśród blizny pooperacyjnéj przemawia, zdaje mi się, również za têm, iż nie wyłącznie z ognisk komórkowych zarodkowych nowotwory powstawać mogą. Odnosząc przyczynę właściwą zarówno do niezwykłéj, miarę fizyjologiczną przekraczającéj, zdolności proliferacyjnéj pewnych tkanek łatwiéj wytłumaczyć sobie możemy tak często stwierdzający się fakt odnawiania się nowotworów, nie zawsze do szczątków nowotworowych pozostałych odnieść się dającego.

W każdym więc razie, czy to w ogniskach komórkowych zarodkowych, których istnienie co do niektórych nowotworów udowodniono, czy też w pokładach fizyjologicznych tkankowych wrodzona, niezwykła zdolność proliferacyjna tychże jest właściwą przyczyną nowotworów, mogących się tylko u tych osób rozwinąć, u których tkanki tą zdolnością są uposażone.

Ażeby jednak nowotwór rozwinąć się mógł, ażeby zdolność owa twórcza czy to ognisk komórkowych zarodkowych lub też części składowych pokładów fizyjologicznych rozwinąć, ujawnić się mogła, potrzeba, ażeby warunki, o których na wstępie wspomniałem, istniały.

Przedewszystkiém niezbędném jest, ażeby opór fizyjologiczny tkanek sąsiednich był przełamany, zmniejszony, ażeby rozwijająca się tkanka nowotworowa lub też części jéj składowe swobodnie rozwijać się mogły, okoliczność odgrywająca ważną rolę we wzroście nowotworów miejscowym jakotéż przy tworzeniu się przerzutów.

Na czém polega ów wpływ wzajemny tkanek na siebie, ów opór fizyjologiczny, nie wiemy, fakt jednak nie ulega wątpliwości. Opór ten przełamanym być może w rozmaity sposób.

Wiąd starczy tkanek, który, jak wiemy, niejednomiernie dotyka poszczególnych tkanek, sam przez się zmienia wzajemny ich stosunek, zmienia opór fizyjologiczny, w skutek czego tkanki zachowujące ową nadmierną zdolność twórczą zyskują przewagę i rozwijać się mogą nadmiernie, jakotéż w niewłaściwym kierunku. W ten sposób tłumaczy Thiersch powstawanie przybłoniaków wargi i skóry w ogóle.

Takiż sam wpływ wywiera sprawa zapalna przewlekła. Badając krańcowe warstwy nowotworów spostrzegamy przemianę tkanki w tkaninę komórkową, charakteru embryjonalnego, jakby przygotowanie terenu dla rozwijającego się nowotworu.

Wszelkie wpływy zewnętrzne działają w ogóle niekorzystnie na stan tkanek, jakiéjkolwiek natury są te wpływy, ztąd zmniejszenie odporności tkanek i możebność rozwoju nadmiernego mniéj lub wcale przez ów wpływ nie nadwerężonych tkanek. Przy zbiegu tych dopiero okoliczności owa nadmierna zdolność twórcza ujawnić się może, dla tego téż i nowotwory, notorycznie z płodowego zawiązku powstające, przez długie lata nie rozwijają się i dopiero wśród wytworzonych powyż wymienionych warunków rozrastać się poczynają. Niestosunek między energiją wzrostową jednéj części narządu a odpornością otoczenia może więc być nabytym albo też także wrodzonym, jak tego dowodzą przypadki wrodzonych już w czasie życia płodowego rozwijających się nowotworów.

Kilkoma słowy tylko dotknę kwestyi co do jakości elementów, z których tkanki nowotworowe się rozwijają.

Embryologowie zaprzeczają, jakoby listki zarodkowe tworzyły odrębne, samoistne histologiczno-fizyjologiczne grupy komórkowe, Kölliker przypisuje im tylko morfologiczne znaczenie i uważa jako prawdopodobne, iż wszystkie trzy listki zarodkowe posiadają zdolność wytwarzania wszystkich tkanek. Histogeneza patologiczna nie inaczéj się odbywa jak fizyjologiczna, tylko wśród odmiennych warunków, a ponieważ odznacza się szczególną zmiennością, badania téjże przyczynić się mogą do poznania histogenezy w ogóle. Otóż według dotychczasowych spostrzeżeń nie mamy żadnego ścisłego dowodu trwania przemienności elementów tkankowych, przeciwnie badania w tym kierunku wykazują, iż tkaniny nowotworowe wytwarzają się z jednorodnych tkanek, za czém przemawia również i ta okoliczność, iż nowotwory złożone np. z tkanki mięsnéj, nerwowéj, przybłonkowéj, powstają pierwotnie tylko w miejscach, gdzie takie tkanki istnieją i że z heterotopią nowotworową spotykamy się tylko w przypadkach nowotworów wrodzonych, w ogóle do nieprawidłowości rozwojowych odnieść się dających.

Tkanka łączna nie tworzy więc ogólnej tkanki macierzystéj nowotworów, jak to Virchow utrzymuje, nie z niéj wyłącznie powstają nowotwory, ale zawsze wśród niéj. Tkanka łączna i naczynia wchodzą w skład wszystkich jakiejkolwiekbądź natury nowotworów w mniejszym lub większym stopniu i bierze zawsze w sprawie nowotworowéj czynny udział. Czy nowotworzenie się podścieliska tkankołącznego, np. w przybłoniakach, poprzedza rozrost elementów swoistych lub też dodatkowo lub następowo powstaje, nie da się ogólnie rozstrzygnąć, kolejność rozwoju składowych części nowotworów może być i bywa różną.

Wzrost nowotworu miejscowy w małéj tylko części zawisł od jakości tkanki nowotworowéj. Nie ulega wątpliwości, iż nowotwory komórkowe tkankołączne lub przybłonkowe niektóre rozrastają się miejscowo szybciéj aniżeli inne, ale we wzroście miejscowym nowotworu ważną a bodaj ważniejszą rolę odgrywa zachowanie się, stan tkanek otaczających, które tamują rozrost nowotworu i stawiają znaczny opór, a przełamanie którego zawisłém jest tak od lokalnych wpływów jakotéż od ogólnego stanu ustroju. Dla tego też nowotwory odznaczające się w ogólności szybkim wzrostem, niekiedy przez czas bardzo długi nie powiększają się, nie roz-

rastają miejscowo i przedstawiają cierpienie czysto lokalne. Wzrost miejscowy nowotworu zawisł téż od rychłości zmian wstecznych, jakie w nowotworach tak często spotykamy. Jakkolwiek bowiem tworzenie się naczyń stałych, zazwyczaj równolegle towarzyszące nowotworzeniu, zapewnia téj części stały dowóz odpowiedniéj ilości krwi, zapewnia jéj stałość i trwałość, łatwo również w tym nowopowstałym atypowym obszarze naczyniowym powstają zboczenia w krążeniu, których następstwem są przemiany wsteczne, rozpad, wrzodnienie. Przemiany wsteczne, jak tłuszczowa, śluzowa, zrogowacenie są już niejako właściwością fizyjologiczną niektórych tkanek, ztąd téż rychłe i częste przemiany tłuszczowe w przybłoniakach sutkowych, przemiana śluzowa w przybłoniakach przewodu pokarmowego, zrogowacenie komórek w przybłoniakach skórnych, które jak np. na wardze, w przełyku, którego błona śluzowa przedstawia skład tak zbliżony do utkania skóry, odznaczają się pomiędzy przybłoniakami w ogóle powolnym rozrostem, brakiem dążności do uogólniania się w ustroju. Okoliczności te wpłynąć więc muszą na wzrost miejscowy nowotworów.

W obec powyżéj wypowiedzianego zapatrywania co do jednorodności elementów, z których tkanina nowotworowa powstaje, nie potrzebujemy nadmieniać, iż tkanki sąsiednie przy powiększaniu się nowotworu nie bywają wciągnięte w organiczny skład nowotworu, nad czém zresztą przy przerzutach bliżéj się zastanowimy.

Z powyższego wynika, o ile z obrazu histologicznego wnioskować można o ważności i znaczeniu nowotworu dla ustroju w poszczególnych przypadkach, że oprócz na skład histologiczny przedewszystkiém zwracać należy uwagę na stan ustroju. W dalszym przebiegu tkanki nowotworowe ulegają tym samym zmianom patologicznym, jakie w tkankach w ogóle spotykamy, ulegają więc zapaleniu, wszelkim przemianom wstecznym.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Przyczynki do kazuistyki chirurgicznéj.

Napisał Dr. Jan Szeparowicz,
prymaryjusz oddziału chirurgicznego we Lwowie.

5. Kazuistyka chirurgiczna krtani.

c) Uwagi nad mechaniczném leczeniem cieśni krtaniowéj i kazuistyka.

(Ciąg dalszy artykułów w Przegl. Lek. 1880. Nr. 14—20).

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 14).

Przypadek 23: Leizer Mund, 53 lat, żonaty, malarz pokojowy, przybył na oddział chir. 26/7 1880. W gardle brak języczka, blizny na połyku; obraz wziernikowy: zaczerwienienie całéj krtani, struny głosowe zgrubiałe, barwy brudno-czerwonéj, pod strunami zgrubienie ścian bocznych; głośnia owalna, jéj średnica poprzeczna $1^1/_2$—2 linij; głos chrypliwy, oddech stenotyczny (w miernym stopniu), w nocy napady duszności. Rozpoznanie: *Perichondritis cum induratione et catarrhus laryngis*, *laryngostenosis consecutiva*. Chory zaprzecza infekcyi a na ciele zresztą ani śladu kiły, atoli cały obraz anatomiczny gardziela i krtani przemawia za kiłą jako podstawą choroby. Leczenie: *Kali hydroj. int. (0,70 pro die); Tinc. jod. ext. et dilatatio c. tubis Schr.* 27/7 rurka Nr. 3 przez godzinę; 28/7 Nr. 4, 29/7 Nr. 4 (2 godziny); 30/7 Nr. 5 (przez godzinę). Po południu oddech gorszy, ból w gardle, zaczerwienienie krtani; lód zewnętrznie i w pigułeczkach: do 2/8 przerwa; 8/8 Nr. 6. Podczas mojéj nieobecności z powodu urlopu aplikowano choremu Nr. 6 aż do 14/8 i wypuszczono go 14/8 na jego żądanie z gojeniem w toku będącém.

Przyp. 24. Leopold Majewski, l. 38, żonaty, lokaj, przybył na oddział chir. 13/8 1880 podczas mojéj nieobecności z powodu urlopu. Podaję więc opis choroby i przebiegu podług zapisków szpitalnych: Ból w gardle od kilku dni, potém duszność; ograniczony obrzęk w krtani u podstawy nakrywki. Rozpoznanie: *Abscessus intralaryngealis*. Z powodu wielkiéj duszności wprowadzono rurkę Schr. Nr. 7, przyczém ropień przepękł a chory doznał znacznéj ulgi; ropy odpłynęło dużo. Rurkę Nr. 7 umocowano *à demeure* (na 24 godzin), poczém tylko na parę godzin codziennie ją wprowadzano. 26/8 chrypka utrzymuje się, zresztą stan zupełnie dobry, chory opuszcza szpital. Już w mojéj pracy z roku ubiegłego (l. c. Nr. 16 str. 209) oceniając doniosłość metody leczenia za pomocą rurek Schroettera zaznaczyłem, że w przypadkach ropni w krtani można przyspieszyć ich przepęknięcie za pomocą wprowadzenia rurek Schr. i zwróciłem tam uwagę szan. Czytelników na analogiję w téj mierze z ropniami prostaty, które przepękają przy wprowadzeniu cewnika skutkiem ucisku. Niniejszy przypadek więc jest dobrą ilustracyją takiego ubocznego działania rurek Schroettera. Wprawdzie można z całą słusznością na to odpowiedzieć, że wymieniona analogija o tyle nie jest trafną, że podczas gdy w przypadkach ropni prostaty z powodu umiejscowienia rozpoznanie nigdy nie może być tak pewne jak w przypadkach ropni w krtani a kateteryzowanie tam z tego powodu nie bywa rękoczynem z góry do wywołania pęknięcia ropnia zmierzającym, lecz wywołanym koniecznością z powodu zatrzymania moczu, a przepęknięcie ropnia bywa z tego powodu zdarzeniem najczęściéj tylko przypadkowém, podczas gdy ropnie w krtani w sposób z góry przewidziany przyrządem ostrym otwierać można. Na to odpowiedzieć można, że nie każdy lekarz ma odpowiednie przyrządy i nie każdy potrafi w drodze wziernikowéj uskutecznić przecięcie ropnia, co częstokroć w obec obrzęku i duszności chorego bywa trudném zadaniem; śród takich zaś warunków rurki Schroettera stanowią przyrząd bardzo wygodny, bo czyni się zadość dwom wymogom naraz: zaradza się potrzebie oddechowéj i uskutecznia się otwarcie ropnia.

Przyp. 25: Weronika Pietraśkiewiczowa, lat 34; mężatka, przybyła na oddział 29/8 1880. Wywiady niedokładne z powodu braku inteligencyi u choréj. Na połyku blizny, brak częściowy języczka; na nosie zewnętrznie mały wrzód bez cech wybitnych, na policzku białe blizny jak po wygojonym wilku. Obraz wziernikowy: ogólny obrzęk wnętrza krtani, powierzchnia błony śluzowéj jakby bliznowato zwyrodniała, zabarwienie brudnomięsne; struny głosowe zgrubiałe, wejrzenia mięsnego; tu i owdzie wyrostki guziczkowate, głośnia owalna, we wszystkich średnicach bardzo ścieśniona. Oddech stenotyczny, głos chrypliwy. Rozpoznanie: *Perichondritis chron. laryngis*, *sclerosis membr. mucosae (cicatrisationes)*, *excrescentiae pappilares*, *(lupus? lues?)* Leczenie: *Dilatatio cum tubis*. — 1/9 Rurka Schr. Nr. 4; w nocy $^1/_2$ 2 *suffocatio summa. Tracheotomia*. Chora nie poddała się nadal leczeniu i z tego powodu wypuszczono ją z kaniulą jako względnie uleczoną. Niniejszy przypadek dowodzi należycie, jak znaczną reakcyję wywołują rurki Schroettera.

Przyp. 26: Jan Skibiński (ciąg dalszy przyp. 2go l. c. str. 210), lat 29, był leczony przezemnie na oddziale chir. w r. 1876 od 26 lipca do 2 września przez rozszerzanie

krtani z powodu kiłowego zapalenia ochrzęstny zwężonéj za pomocą cewników angielskich i został naówczas wypuszczony w stanie znacznie polepszonym. W kilka miesięcy później wykonałem z powodu pogorszenia stanu miejscowego, skutkiem przeziębienia, tracheotomiję a chorego przeniesiono na oddział chorób kiłowych celem leczenia kiły. W r. 1879 dnia 12/7 przybył tenże chory ponownie na mój oddział i przedstawiał naówczas obrzęk całéj krtani i szczelne zatkanie poniżéj strun głosowych skutkiem przerostu ziarniny od przetoki na szyi. Oddech górą = 0, mowa zaledwie przy natężeniu trochę zrozumiała. Po należytém oczyszczeniu krtani z przerosłéj ziarniny za pomocą przyżegania stwierdziłem cieśń krtaniową skutkiem blizn po byłych wrzodach i brak chrząstek nalewkowych skutkiem poprzedzającéj zamartwiny a natomiast fałdy bliznowate przy wdechaniu jak wentyle do światła krtani wpadające. Leczenie cieśni rozpocząłem od cewników elastycznych, poczém stopniowo przeszedłem do rurek Schroettera, w końcu do świeczek cynowych. Powoli doszedłem aż do numeru 22 a wynik był taki, że świeczki łatwo dawały się wprowadzać i rozszerzały światło krtani, atoli po wyjęciu ich owe fałdy bliznowe na kształt wentylów zamykały napowrót i ścieśniały światło krtani tak, że chory mógł tylko krótko przy zatkaniu kaniuli drogą prawidłową oddychać. Mowa pozostała chrypliwą, jakkolwiek stała się o wiele lepszą, aniżeli była w początku. W dniu 5/9, a zatém po prawie 8 tygodniowém trwaniu leczenia, chorego w stanie polepszonym wypuszczono. Na tym chorym stwierdziło sią znane doświadczenie z zakresu cieśni cewki moczowéj, że w okresie ukończonéj blizny cieśń cewki jest nieuleczalną sposobem zachowawczym. (*Billroth-Pitha Lehrb. d. allg. u. spec. Chir.*, *Dittel „die Stricturen der Harnröhre* str. 92 *unheilbare Schwundstricturen.*“)

Na tém kończę moją kazuistykę. Oprócz przytoczonych przypadków miałem wiele innych w leczeniu, atoli nie wyszczególniam ich, ponieważ były to przypadki, w których rozpoczynałem a nie kończyłem leczenia, a to z powodu braku wytrwałości i cierpliwości u chorych.

Natomiast pozwolę sobie dołączyć względem niektórych przypadków opisanych w zeszłorocznéj mojéj kazuistyce, co mi obecnie o losie tych chorych pod względem ich choroby jest wiadomém.

Jan Skibiński (przyp. 2), opisany właśnie w niniejszym dodatku jako przypadek 26ty.

Pani Bylina (3 przyp.) jest do téj chwili zupełnie zdrową.

Kinelówna (4 przyp.) jest także zupełnie zdrową pod względem sprawy oddechowéj, głos ciągle chrypliwy.

Józefa Paluch (5 przyp.) nie zgłaszała się dotychczas do mnie, przypuszczam więc, że jest ciągle zdrową.

Jan Terech (6 przyp.) wypuszczony w dniu 15 maja 1879 r. pozostał jeszcze przez cały rok w służbie szpitalnéj jako dozorca, a w r. 1880 zaciągnął się w prywatną służbę jednego z kolegów szpitalnych; miałem go więc prawie ciągle pod okiem. Jak już namieniłem, nie pozwolił on sobie usunąć kaniuli z obawy przed nawrotem choroby. Już w ciągu swego leczenia w r. 1878 nabył on kiłę, która w dalszym przebiegu nie pozostała bez wpływu na krtań. W moim zeszłorocznym opisie uczyniłem wzmiankę: „ani kiły etc. nie ma“. Ta uwaga dotyczyła ówczesnego stanu chorego z r. 1875—1877. Od r. 1878 należy stan chorego uważać jako zmodyfikowany pod wpływem kiły. Już w r. 1879, kiedy chory wypuszczony ze szpitala pozostawał w służbie szpitalnéj, stwierdziłem u niego wziernikiem wyrostki na ścianach krtani nakształt gumatów i naówczas skłoniłem, że wyznał mi całą prawdę; przebył on naówczas leczenie przeciwkiłowe za pomocą wcierań, których użył około 20 po 1,50 dziennie, a stan zupełnego zdrowia miejscowego trwał aż do 6 lutego r. b. Wrzekomo z powodu przeziębienia widocznie jednak skutkiem odnowy kiły, dostał chory obecnie obrzęku całéj krtani i zaczerwienienia, a najbardziéj powłok prawéj chrząstki nalewkowéj, a skutkiem tego znacznéj stenozy, tak że musiał znów uciec się do swojéj kaniuli. Przyjęty znów w poczet chorych szpitalnych został ponownie poddany leczeniu przeciwkiłowemu; wziął 20 wcierań rtęciowych po 2,0 dziennie, wziewań e *Kali hydrojod. 1,0, Jodi p 0,07, Aq. dest. kilo* i *Empl. mercur. ext.*, poczém stan jego się polepszył. Pozostały ogromny obrzęk powłok prawéj chrząstki nalewkowéj zmniejszył się pod wpływem doszczętnych skaryfikacyj, które uskuteczniłem w drodze wziernikowéj. Po ustąpieniu przypadów ostrych poddałem chorego leczeniu rozszerzania krtani za pomocą rurek Schroettera. Rozpocząłem od numeru 4go i co kilka dni wprowadzam stopniowo coraz wyższy numer na $^1/_4$—$^3/_4$ godziny. Obecnie dostaje chory Nr. 8 i oddycha całkiem dobrze przy zatkanéj kaniuli; leczy się zaś ambulatoryjnie.

Leiba Rozenstoka (7 przyp.) widziałem po pół roku po wydaleniu ze szpitala i stwierdziłem wziernikiem zupełnie prawidłowy stan zdrowia.

Jakób Szczęch (8 przyp.) i Władysław Szust (9 przyp.) nie powrócili. Sądzę, że stan ich nie zmienił się na lepsze.

Dziewczynka (10 przyp.) nie była u mnie, mimo że mieszka we Lwowie, dowiedziałem się jednak, że w kilka miesięcy po wyleczeniu *tracheotomia* została ponowioną z powodu napadu bardzo znacznego zaduszenia i dotychczas dziecko nosi kaniulę. Żałuję mocno, że rodzice widocznie stracili zaufanie do mnie, albowiem sądzę, że właśnie ta chora mogłaby i powinnaby być wyleczoną w sposób zachowawczy; potrzebaby tylko w pewnych odstępach brodawczaki w drodze wziernikowéj wyniszczać i krtań rurkami rozszerzać. Jéj historyja choroby i przebieg leczenia l. c. opisany dowodzi, że skutek rozszerzenia krtani u niéj bardzo szybko daje się osiągać.

Aron Finger (13 przyp.) patrz niniejszy dodatek: przyp. 22.

Franciszkę Tułównę (17 przyp), która była jeszcze w leczeniu na oddziale, kiedy opisywałem jéj chorobę i przebieg leczenia w mojéj zeszłorocznéj kazuistyce, wypuszczono dnia 27 maja r. 1880, a zatém po trzechmiesięcznem trwaniu leczenia jako zupełnie uleczoną; drożność krtani całkowita, głos trochę chrypliwy i przytłumiony, kaniuli nie pozwoliła usunąć. Widuję ją codziennie; stan jéj dotychczas całkiem dobry, niezmieniony; mówi i oddycha przy ciągle zatkanéj kaniuli i pełni obowiązki kucharki i pokojowéj bez zmęczenia.

Karolinę Doskoczową (18 przyp.), która także jeszcze była w leczeniu w czasie ogłoszenia mojéj zeszłorocznéj kazuistyki, wypuszczono dnia 7 czerwca 1880 r., a zatém po prawie trzechmiesięcznem leczeniu, jako zupełnie uleczoną. Na numerze 7. rurki Schr. poprzestałem. Drożność całkowita a głos częściowo odzyskany. Chora dotychczas nie powróciła, stenozy więc prawdopodobnie nie ma.

(Dokończenie nastąpi).

III. Pląsawica (*Chorea*) wyleczona chloroformem.

Opisał Antoni Lachowicz,
Doktor Medycyny i Chirurgii.

Maryja J., dziewka lat 23, silnéj budowy ciała, u któréj miesiączka zawsze regularnie i swobodnie się odbywała, została przebudzoną nagle ze snu w nocy z d. 28 na 29 maja 1876 r. przez wodę w skutek wylewu Bugu gwałtownie do domostwa się wciskającą. Uciekając, wielce przestraszona, jak sobie to wyobrazić można, musiała brnąć w wodzie prawie po pas. Właśnie dnia poprzedniego dostała miesiączki, która teraz nagle się zatrzymała. We trzy lub cztery dni późniéj poczuła silny ból głowy i szum w uszach; do czego niebawem dołączyło się majaczenie, a w tydzień potém t. j. d. 6go czerwca, mimowolne ruchy, drgawki, podrywania i rzucania, zrazu lekkie i ograniczone do odnóg górnych i dolnych, które atoli prędko rozprzestrzeniły się na mięśnie tułowia, twarzy, języka, krtani i t. d.

Widziałem chorą po raz pierwszy d. 10go czerwca; wtenczas były już wszystkie mięśnie chorobowo zajęte, całe ciało w bezustannych drgawkach i rzutach; chora rzucała się tak silnie, iż zdawało się, że sobie głowę o ścianę roztłucze; twarz, głowa, ręce, łokcie, kolana były obrzmiałe i krwawiące; okropném było patrzeć się na nią. Mówić nie mogła, połykać tylko z największą trudnością i to się rzadko udawało; od ośmiu dni nie spała. Słychać było tylko krzyk jakiś nieludzki, chropawy i bezdźwięczny; oczy wywracała w sposób jakiś przerażający i zdawało się, że co chwila się udusi. Pląsawica doszła u téj choréj do najwyższego stopnia; nigdy nie widziałem objawów tak gwałtownych i tak ogólnych.

Co było przyczyną choroby? przestrach czy nagłe powstrzymanie miesiączki; czy obydwie te przyczyny razem wzięte? W leczeniu postanowiłem postępować z uwzględnieniem obu przyczyn. Upust krwi z nogi, albo z żyły ramieniowéj był niemożebnym, ponieważ chora na pół sekundy nie miała spokoju, i utrzymać ją siłą było nie podobna. Poleciłem przeto przystawić po 12 pijawek na wewnętrznéj stronie każdego uda, a odnogi dolne pokryć synapizmami, zmieniając miejsca przyłożenia tychże; na głowę okłady zimne. Prócz tego próbowałem w ciągu dwóch tygodni tak ja, jak i drugi bliżéj choréj mieszkający lekarz najrozmaitszych leków, z rodzaju nerwowych, przeciwkurczowych i narkotycznych bez najmniejszego skutku; jeden tylko podskórnie, w większych dawkach, wstrzyknięty morfin, sprowadzał parogodzinne uspokojenie i niby uśpienie, lecz gdy nie mogłem choréj często odwiedzać, ani prostym ludziom powierzyć robienia wstrzykiwań podskórnych, dwa razy tylko chora korzystała z téj małéj i krótkotrwałéj ulgi.

Z końcem drugiego tygodnia choroba się nie pogorszyła, gdyż to było już niemożebném; ale na samą chorą bez odrazy patrzeć się nie było można; całe ciało przedstawiało jedną krwawiącą ranę, pomimo starania, z jakim kazałem przytrzymywać chorą i pokrywania miękkiemi poduszkami ściany i łóżka. Nie wpadłem na pomysł pana Nicod z Lyonu, i który mi późniéj u innych chorych często dobrze posłużył, t. j. spowijania takich chorych w prześcieradła.

Chora od trzech tygodni nie jadła i nie spała, a odrobinę wody, którą jéj czasem wlać w usta usiłowano, wypluwała po największéj części. Postanowiłem zadać jéj wewnątrz chloroformu i przepisałem następującą formułkę:

Rp. Aq. tiliae gr. 40,
Aq. laurocer. gr. 5,
Chloroformi gr. 2.50,
Syr. morph. gr. 15.

Poleciłem wlać pełną łyżeczkę kawianą tego płynu na łyżkę stołową, i wyuczyłem otaczających chorą, jak mogą szybko i zręcznie zalać ją co pół godziny tém lekarstwem.

Już po pierwszéj dawce było 2—3 sekund spokoju, co się od trzech tygodni ani razu nie wydarzyło. Późniéj opowiadała mi chora, że doznała po zażyciu jakiegoś przyjemnego uczucia. Po użyciu przepisanéj miksturki spała chora około godziny, i w tym czasie pojawiły się tylko kilka razy drgawki częściowe. Nazajutrz kazałem powtórzyć lekarstwo i drgawki zmniejszały się ciągle co do nasilenia. Od czasu do czasu spała po pół godziny, mówiła i połykała łatwiéj. Poczuwszy polepszanie się żądała chora co chwila, żeby jéj podano lekarstwo, mówiąc, że ona czuje, iż to ją uzdrowi.

Powtarzałem to samo lekarstwo przez 4 dni; z końcem czwartéj doby drgawki i kurcze ustały. Chora wyżyła razem 10 gramów chloroformu. Odtąd zaprzestałem dalszego użycia leków wewnątrz, a tylko poleciłem opatrunek na ciało poranione, i kazałem ją karmić ostrożnie i stopniowo; gdyż apetyt pojawił się ogromny po tak długiém wygłodzeniu. W pięć dni po ustaniu drgawek, mogła chora już zwlec się z łóżka i przejść się o kiju po chacie; żaden ruch mimowolny nie pojawił się więcéj. Zadaniem mojém dalszém było tylko wygojenie ran obszernych. Dnia 1go października była zupełnie wygojoną. Po kilku kąpielach nasiadowych ciepłych i powtórném przystawieniu pijawek na udach pojawiła się znowu miesiączka z końcem sierpnia. Od drugiéj połowy lipca pomaga już w robotach polnych, i nie doświadcza nic z niedawno przebytéj choroby. Winienem dodać, że poprzednio użyty chloral był bez skutku, może dla tego, że chora mało go przełknąć zdołała.

IV. Oceny i sprawozdania.

Grundriss der Geburtshilfe für praktische Aerzte und Studirende von Prof. Dr. L. Kleinwächter. Zweite Auflage, Wien, Urban u. Schwarzenberg 1881.

Odpowiednio do powyższego tytułu pisze autor w przedmowie do pierwszego wydania, iż zadaniem jego było napisać zasady położnictwa w sposób przystępny dla uczniów i lekarzy praktycznych. Pierwszy nakład dzieła rozszedł się w niespełna czterech latach, — wynika więc z tego, iż książka zadaniu swemu odpowiedziała. Obecnie mamy przed sobą wydanie drugie, pomnożone i polepszone, do którego autor dodał ryciny wcale udatne. Jest tu wiele rzeczywistych zalet, a jako pierwszą wymienić muszę jasny i zrozumiały wykład, który czyni, iż książkę czyta się łatwo i przyjemnie, a czyta się ją z pożytkiem, bo autor dobrze obznajmiony z literaturą nowszą poznajamia czytelnika z przedmiotem na podstawie najnowszych zdobyczy naukowych, aczkolwiek bardzo treściwie. Treściwość i wielka pewność, z jaką autor zasady nauki przedstawia, tworzą dalszą zaletę téj książki przeznaczonéj dla uczniów i lekarzy nie mających czasu zagłębiać się w teoryje. Ale autor równie apodyktycznie przedstawia te, co powszechnie za prawdziwe uznano, jak i zapatrywania swoje, na które nie wszyscy się godzą, nie wspominając wcale o zdaniu odmienném, i w tém, zdaniem

mojém, tkwi błąd, bo uczeń innéj szkoły, posługujący się tą książką łatwo znaleźć się może w kolizyi między tém, co czyta, a tém, co słyszał od swego nauczyciela i nieraz nie znajdzie tego, co mu tenże powiedział.

Pierwsza część fizyjologiczna zawiera działy bardzo dobrze choć zwięźle napisane, że wspomnę tylko o opisie zmian części rodnych podczas ciąży (autor wyznaje teoryję Bandla), o opisie życia płodu a przedewszystkiém o bardzo jasném i zrozumiałém przedstawieniu mechanizmu porodowego w poszczególnych położeniach płodu. Wielką zaletę téj części tworzą także dokładne wskazówki z zakresu położnictwa sądowego. Część druga, patologiczna i część operacyjna są obszerniéj pisane, a tu znajduje czytelnik cechy anatomiczne objawy rozpoznawcze i wskazówki terapeutyczne jasno a ściśle skreślone. Pod tym ostatnim względem nadmienię, że Kl. poleca zaraz po porodzie przestrzykać jamę macicy i pochwę 2—3% rozczynem kwasu karbolowego a części sromowe obrażone i naddarte pomazywać 10% rozczynem. W części operacyjnéj rozwodzi się autor nad kephalotriptorem a gani użycie kranioklastu.

W ogóle przyznać trzeba, iż książka ta odpowiada swojemu zadaniu i zasługuje dla wyżéj wymienionych swych zalet, a głównie dla bardzo zrozumiałego a ścisłego wykładu, na szerokie rozpowszechnienie pomiędzy uczniami i praktycznymi lekarzami. *Docent Dr. Jordan.*

Istota trądu.

Z prac nad trądem (*Lepra Arabum, Elephantiasis Graecorum*), przedsięwziętych przez trzech badaczy, chcemy czytelnikom „Przeglądu“ zdać niniejszém sprawę. Pierwszym z nich i najgłówniejszym jest Armauer Hansen w Bergen w Norwegii, który zajmuje się tą sprawą już od dłuższego czasu. Jeszcze w r. 1874 złożył Towarzystwu lekarskiemu w Chrystyjanii sprawozdanie ze swych poszukiwań w téj mierze (ogłoszone w *„Norsk Magazin for Laegevidenskab 1874“* i w osobnéj odbitce *„Undersögelser angaaende Spedalskhedens Aarsager“*). Ze sprawozdania tego podać naprzód wypada pojęcia H. o dziedziczności. Dziedzicznemi mogą być wedle niego tylko zboczenia fizyjologiczne (n. p. wady rozwojowe). Przyrzuty zaś nie dziedziczą się, jeno część ich udziela się z rodziców płodowi. Jak w ospie nie nazywamy odziedziczeniem jéj, gdy z matki udzieli się płodowi, tak samo w kile i we wszystkich innych chorobach swoistych zaraźliwych nie możemy mówić o odziedziczeniu przyrzutu, jeno o zarażeniu się nim płodu. W myśl powyższego określenia dziedziczności H. uznał w sprawozdaniu, o którém rzecz, trąd za chorobę nie dziedziczną lecz swoistą, zaraźliwą. Twierdzenie swe poparł rozbiorem etyjologii trądu, przywodząc, że pochodzenie jego miasmatyczne jest w Norwegii nieprawdopodobne z powodu warunków geologicznych, rownie jak powstanie w sposób samoistny jako choroby ustrojowéj w skutek niekorzystnych warunków bytu. Co się zaś tyczy (dziedziczenia go w rozumieniu autora, to jest) udzielania się płodowi przyrzutu z rodziców, to rzadkość trądu w pierwszych latach życia przemawia przeciw takiemu udzielaniu się, acz go nie wyklucza, tém mniéj, gdy zmiany chorobowe znajdujemy stale w jądrach od samego początku choroby i to w samych kanalikach nasiennych. Przebieg całéj choroby z okresami utajenia tudzież sposób powstawania i szerzenia się poszczególnych zmian trądu ma największe podobieństwo do kiły: więc i tą okolicznością popiera H. swe mniemanie o swoistéj przyczynie trądu w postaci przyrzutu. Wreszcie przytacza wyniki swych badań mikroskopijnych, które się dadzą streścić następnie. W komórkach, stanowiących guzy trądowe, H. znajdował prawie zawsze ciałka małe wałeczkowate, drgające, których we krwi świéżéj trądowatych nigdy znaleść nie mógl (wbrew wynikom podanym przez Eklunda, o czém p. niżéj). Natomiast jeśli preparaty z takiejże krwi przechowywał w komorze wilgotnéj przez dni kilka, spostrzegał w nich nitki poczłonkowane, które widział się zniewolonym uznać za grzybka swoistego. Nitek bowiem takich nigdy nie znajdował w takich samych preparatach z krwi ludzi zdrowych lub kiłowych. Na zasadzie powyższych spostrzeżeń uznał fakt, że w ustroju trądowatych znajdują się pasorzyty. Czy one atoli stanowią jad właściwy trądowi, tak że, wprowadzone do ustroju zdrowego, wywołają trąd, do stanowczego orzekania pod tym względem H. nie uważał się jeszcze za upoważnionego. Było życzeniem jego jedynie, aby inni podjęli badania w téj sprawie w kierunku przez niego wskazanym. Na tém poprzestał wówczas, wstrzymując się z wydaniem przedwczesném ostatecznego sądu. Obecnie ogłosił dalszy ciąg swych poszukiwań (*Baccillus leprae. Virchow's Archiv 1880. B. 79*). Czynił je przy pomocy metody barwienia Kocha. Z guza trądowego, stwardniałego w kwasie osmowym, robił pod drobnowid wycinki, które barwił fioletem metylowym. W tak przyrządzonych wycinkach miejsca widoczne i bez zabarwienia jako brunatne uwydatniały się dobrze wśród otoczenia w postaci mas, zabarwionych fijołkowo. Masy te przy dokładniejszém ich przepatrywaniu okazują się jako złożone w części z drobnych ziarnek w części z drobnych pręcików. Tym sposobem H. przekonał się, że owe miejsca brunatne, które już w pierwszéj swéj publikacyi *„Forelöbige Bidrag til Spedalskhedens Karakteristik“* (*Nord. med. Archiv.* B. I, nr. 13) skłaniał się uznać za cechujące trąd z powodu ich uderzającego wyglądania tudzież stałéj obecności we wszystkich zmianach trądowych, przedstawiają istotnie nie co innego jak gromady dwoinek *(schizomycetes)* w kształcie pręcików (*bacilli*), zamkniętych w komórkach, które otacza wydzielona z nich istota galaretowata (*zoogloea*). Późniéj udało się autorowi oglądać piękne okazy dwoinek w preparatach zabarwionych jak poprzednie, lecz stwardniałych w wyskoku bezwodnym. W nich widać również dwoinki rzedziéj odosobnione, częścią skupione w gromadki.

Aby się przekonać, czy znalezione pasorzyty są istotnie jadem chorobowym, tak że wprowadzone do ustroju trąd wywołują, H. szczepił królikom cząstki guzów trądowych. Lecz żadne ze szczepień nie powiodło się, co naturalnie jako ujemny wynik nie stanowi dodatniego przeciwdowodu. (*Viertelj. f. Derm. u. Syph.* 1875, str. 70; 1880, str. 133).

Dr. Różański (Lwów).

(Ciąg dalszy nastąpi).

Wścieklizna, jéj przenośność i nowa choroba zakaźna odkryta przez Pasteura.

(Dokończenie. Patrz Nr. 14).

Na témże posiedzeniu Akademii lekarskiéj dn. 25go stycznia Bouley zawiadomił o bardzo ciekawych i ważnych poszukiwaniach Galtiera (*Bullet. de l'Acad. de méd.* 1881, Nr. 4). Okazał on, iż wściekliznę można przeszczepiać nie tylko z człowieka i psa na królików i owce, lecz z tych zwierząt daléj na osobniki tego samego gatunku i że we wszystkich przypadkach okres inkubacyjny trwał około dni 40. Z doświadczeń G. wynika daléj:

1) Iż jad chorobotwórczy u psa mieści się jedynie w gruczołach podjęzykowych, w błonie śluzowéj ust i gardziela. Za pomocą takiego tylko jadu można przeszczepiać wściekliznę. Szczepienie krwią, cieczą mięśniową, mlekiem, istotą mózgową itd. pozostaje bez skutku.

2) Ślina rozcieńczona wodą po upływie 65 godzin posiada jeszcze zdolność zakażania.

3) Wsiąkanie jadu wścieklizny nader szybko następuje z miejsca obrażonéj skóry. Ucięcie zaszczepionego ucha królika w $^1/_2$—$^3/_4$ lub w godzinę po zakażeniu nie powstrzymywało wybuchu choroby, co wykazuje, iż w okresie wylęgania się jad wścieklizny nie spoczywa w miejscu zaszczepienia, lecz przebywa gdzieindziéj w ciele (w gruczołach limfatycznych?)

* * *

Za wnioskami Pasteura przemawiał Bergeron, Reynaud, a z pewnemi zastrzeżeniami Jul. Guérin i Gosselin. Przeciw zaś Pasteurowi, na posiedzeniu 1 lutego, wystąpił nader gwałtownie, w sposób nawet uwłaczający godności poważnego naukowego grona, Collin z Alfortu. Zaprzeczał on wszystkiemu, zwłaszcza istnieniu nowéj choroby grzybkowéj, którą po prostu uważał za gnilicę. W związanéj w tym przedmiocie rozprawie z Pasteurem wikłał się wciąż Collin, nie przytaczał żadnych dowodów tylko wojował namiętnemi frazesami. W obec tego P. zażądał wyznaczenia komisyi dla rozstrzygnięcia pytania: czy nowa choroba grzybkowa przez Pasteura odkryta (wytworzona po raz pierwszy przez zaszczepienie śliny dziecka dotkniętego wodowstrętem) jest identyczną z gnilicą? Akademija na to żądanie zgodziła się i do komisyi powołała Bouleya, Vulpiana, Davaina, Alf. Guerina i Villemina; do tego grona Colin należeć nie chciał i żadnego udziału w pracach komisyi nie brał mimo kilkakrotnych zaproszeń.

Przed tą komisyją Pasteur wykonał dwa szeregi doświadczeń: szczepienia jadem gnilnym i nowym jadem z dziecka dotkniętego wodowstrętem. Pośmiertne badania zwłok zwierząt w ten sposób szczepionych wydały tak odmienne wyniki, a zgodne z opisami P., iż komisyja w sprawozdaniu swém wielkiéj naukowéj wartości, wygłoszoném przez Villemina na posiedzeniu 8 lutego, stwierdziła wszelkie podania Pasteura i stanowczo orzekła: iż ma on wszelkie prawo uważać nową przez siebie odkrytą chorobę zakaźną za samoistną nie mającą najmniejszego związku z gnilicą. (*Bulletin de l'Acad. de médec.* 1881 Nr. 5 i 6).

* * *

Choroba zakaźna Pasteura, pisze Buchner, ma największe podobieństwo do zarazy śledzionowéj (*anthrax*), gdyż jéj grzybek tak samo jak jad wąglikowy chciwie domaga się tlenu, bez którego żyć nie może, czego dowodzi nam wyłączne znajdowanie się jego we krwi, to jest w jedynym organie tlen zawierającym. Gnilica zostaje w istotném przeciwieństwie. W niéj narzędzia nie zawierające tlenu są właśnie głównemi siedliskami dla rozpłodu i bujania grzybków i ztąd pochodzą wybitne zmiany w tkaninach, zwłaszcza ich kruchość i łamliwość, zjawisko, które zawsze spostrzegamy w gnilicy, nigdy zaś w czystych chorobach krwi, do jakich zaliczyć należy zarazę śledzionową i nową chorobę Pasteura. Wprawdzie w tych ostatnich cierpieniach z sieci włosowatéj przechodzą także grzybki do sąsiednich jamek międzytkaninowych, lecz w nich z braku tlenu nie mogą się rozmnażać i jako nieliczne szkodzić nie mogą. Liczne i różnorodne krwotoki cechujące nową chorobę pochodzą, tak samo jak w zarazie śledzionowéj większych zwierząt, z uszkodzenia i zmian w ścianach naczyń krwionośnych powstałych.

Mimo pewnych niedostatków badania Pasteura dostarczyły nowych podstaw dla wywodowego uzasadnienia nauki o chorobotwórczych jadach ożywionych (*contagium vivum*). Ze stanowiska patologicznego na rzecz zapatrując się nie możemy uważać owych badań za rozstrzygające i dla tego, przy każdéj sposobności spostrzegania wodowstrętu u ludzi, należałoby przeszczepiać jad wścieklizny z człowieka na zwierzęta. Nasuwa się bowiem wątpliwość, czy dziecko zmarłe w skutek wodowstrętu, z którego pierwotnie jad pochodził, nie cierpiało przypadkiem na jaką inną jeszcze chorobę zakaźną, mogącą dostarczyć grzybków przez Pasteura spostrzeganych. *Lutostański.*

Allan: **Rozwolnienie w durze.**

Zdaniem A. lepiéj nie usiłować powstrzymywać rozwolnienia w durze, dopóki ono jest łagodne, tj. dopóki stolce nie są częstsze niż 3—4 razy na dobę. Lecz gdy stolce są bardzo wolne i obfite, należy zwracać na nie uwagę i powstrzymać biegunkę, silna bowiem biegunka szybko wycieńcza chorych. U dzieci wypada próbować następnych środków: 1) zagotowywać mleko stanowiące pokarm, 2) gotować cynamon w mleku i wyciskać go, 3) dodawać wodę wapienną do mleka w różnych ilościach w stosunku 1 na 4 cz. lub pół na pół.

Te proste środki mają nie tylko tę wielką zaletę, że nie są nieprzyjemne do zażywania, ale także i tę, że chory biorąc lek używa zarazem i pokarmu.

U dorosłych należy najpierw próbować powyższych środków, a gdy nie skutkują podawać pigułki, środki ołowiane z opijum zawierające, co 3 lub 4 godzin aż do ustania biegunki. Pigułki te łagodzą równocześnie bóle i zmniejszają wzdęcie. Gdy rozwolnienie nie ustaje, a zwłaszcza gdy parcie jest znaczne i trwałe, uciec się wypada do lewatyw ze skrobi i laudanum (15—20 kropli laudanum na 2 łyżki stołowe delikatnéj skrobi na jedną lewatywę). Jest to wyborny środek powstrzymujący biegunkę, łagodzący zadraźnienie a prawdopodobnie wpływający też usypiająco na chorego. (*The Lancet* 1881, I, 12). *Dr. Grabowski.*

Dr. Nečas: **Poród pośmiertny.**

N. opisuje przypadek, który miał miejsce przed 6 laty. Pewna kobieta rodziła, płód był w położeniu poprzeczném, niedoświadczona położna dopiero na drugi dzień posłała po lekarza, który napróżno starał się wykonać obrót. Przystąpił zatém do embryjotomii, ściągnął oba ramiona, lecz nie mogąc dać rady, posłał po pomoc. Tymczasem, nim téj się doczekano, rodząca zakończyła życie. Pochowano ją. Śmierć jednak rodzącéj po zastósowaniu tak energicznego rękoczynu położniczego, jakim jest embryjotomija, wywołała szereg opowiadań i przypuszczeń, które się tak niesłychanie wzmogły, iż Sąd zmuszony był nakazać ekshumacyję w kilka dni po pogrzebie. Przy oględzinach znaleziono niezmierne wydęcie brzucha, którego powłoki były już zielono zabarwione, między udami zmarłéj znaleziono płód nieżywy, którego położenie dowodziło, iż wystąpić musiał z macicy pośladkami. Również znaleziono łożysko całkowicie odklejone, a macica mająca 12 do 14cm .średnicy, wywrócona na podobień-

stwo worka leżała przed sromem. Podług zeznań położnéj i ludzi, którzy zmarłą układali w trumnie, wydalenie płodu z macicy nie mogło mieć miejsca przed zamknięciem trumny. Przypadek ten był przedmiotem rozpraw w Sądzie w Erfurcie.

W literaturze mamy opisanych kilkanaście takich przypadków, a wytłumaczyć je łatwo można siłą prącą produktów zgnilizny, nagromadzonych w jamie brzusznéj przy zniesionéj sprężystości mięśni i zwiotczeniu ścian macicy. Że siła ta jest dostateczną do wytłoczenia płodu, widzimy ztąd, iż często się zdarza, że pod wpływem jéj pęka czasem odzież na trupie, a niekiedy i trumna. Od wielkości téj siły zależy wypchnięcie płodu. Czasem pokazuje się tylko główka, czasem cały płód zostanie wydalonym, a niekiedy pod wpływem silnego parcia nietylko płód zostaje wydalonym, lecz i macica pęka i wywija się. (Časopis lékařův českych Nr. 7. 1881). *N....i*

(Ponieważ w rozprawie téj literatura nie była wyczerpniętą, przeslaliśmy autorowi spis innych przypadków porodu pośmiertnego spostrzeganych przez rozmaitych lekarzy. Dr. N. list nasz umieścił w następnym numerze Časopisu. Nie będzie więc od rzeczy umieścić i te prace wspomniane porządkiem chronologicznym: Casper, *Geburt im Sarge, W. med. Woch.* 1857, Nr. 45—47, — Nadherny, *Geburt im Sarge, W. med. Woch.* 1856, Nr. 49, — Pénard, *De l'accouchement spontané après la mort, Annales d'hygiène publ.* 1873, Janvier p. 213—234, — Reimann (z Kijowa) zestawił 64 przypadki w *Archiv f. Gynäkol.* XI, 2, sprawozd. w *D. med. Woch.* 1877, Nr. 27 i w *Medycynie* 1877, Nr. 32.) *L. B.*

Wiadomości pomniejsze.

(K. G.) **Dur brzuszny choroba grzybkowa.** Prof. E. Klebs znalazł w zmarłych na dur brzuszny liczne a czasem nader wielkie ilości małych mikroskopijnych rozszczepników. Przedstawiają one prątki i niepoczłonkowane nitki i znajdują się w błonie śluzowéj kiszek zwłaszcza pod nią a także wśród chrząstek krtaniowych, w jamkach *pia mater* (zwłaszcza u chorych, u których występują objawy mózgowe), w płucach, śledzionie, w nerkach i w sercu, prócz tego na zewnętrznéj powierzchni kiszek w miejscach odpowiednich wrzodom i zgorzelinowemu obumarciu jako rozległe kolonije licznych mikrokoków (które jak bakteryje i wibriony do zaczynów należą). Spostrzeżenie to jest tém wiarogodniejsze, że znalezione postacie grzybkowe zupełnie się zgadzają z temi postaciami rozszczepników, które występują zawsze przy pojawieniu się zgnilizny i z największém prawdopodobieństwem są jéj przyczyną. Przemawia téż za niém i to, że dur brzuszny, jak wiadomo, powstać może w skutek wdychania gazów wznoszących się z gnijących przedmiotów, — a które, jak niewątpliwie wykazano, unoszą z sobą zarodki grzybków gnilnych i same te grzybki. W ten sposób byłaby wytłumaczoną skuteczność dobréj dezinfekcyi zabijającéj grzybki i ochrona przed szerzeniem się duru brzusznego, jakiéj udziela dezinfekcyja. (*Gesundheit* 1881, Nr. 2).

(K. B.) **Zapalenie tkanki łącznéj podskórnéj rozlane, wywołane zastrzykiwaniami podskórnemi morfinu.** W Towarzystwie chirurgiczném paryskiém, na posiedzeniu 9 marca rb., podał Trélat przypadek tego rodzaju, dotyczący mężczyzny dotkniętego uwiądem rdzenia pacierzowego od lat 22, liczącego lat 60, który dla gwałtownych bólów sam sobie zastrzykiwał morfin w ilości 0,20—0,25 dziennie. Otóż do tego chorego zawezwany T. znalazł bardzo ciężkie rozlane zapalenie tkanki łącznéj uda lewego, które wystąpiło po zastrzyknięciu morfinu, a które ustąpiło po uskutecznieniu trzech głębokich nacięć i dalszym opatrunku przeciwgnilnym. Najprawdopodobniejszą przyczyną tego zapalenia było użycie zanieczyszczonego rozczynu, z drugiéj strony jednak u chorych dotkniętych uwiądem rdzenia pacierzowego, u morfinistów, nałogowych pijaków, zastrzykiwanie jakiegokolwiek środka dosyć często daje powód do tworzenia się głębokich ropni. (*Gaz. des hôpit.*)

V. Memoryjał w sprawie pożądanéj reformy higijenicznéj szkół naszych.

Petycyję, wniesioną w dniu 7 czerwca 1880 r. przez Towarzystwo lekarzy galicyjskich do Wys. Sejmu krajowego w sprawie reformy higijenicznéj szkół, Wydział krajowy przekazał Ankiecie szkolnéj, obradującéj od kilka miesięcy w tutejszéj Akademii Umiejętności. Przewodniczący w Ankiecie Prezes Majer zażądał opinii prof. Janikowskiego, który po naradzie z koll. Każm. Grabowskim i Lutostańskim ułożył memoryjał i był łaskaw udzielić go nam, celem ogłoszenia go w Przeglądzie Lek., aby kolegów pobudzić do dalszych w tym przedmiocie uwag. Pospieszając z ogłoszeniem memoryjału, zwracamy nań uwagę kolegów, jako na przedmiot tyczący się kwestyi nader ważnéj, i chętnie umieszczać będziemy wszelkie uwagi, któreby się kolegom nastręczały.

§. 1. Urządzenie szkół, odpowiadające wymaganiom higijeny, a zatém takie, ażeby ile możności nie tamowało prawidłowego rozwoju organizmu dziecięcego i młodzieńczego w wieku szkolnym, jest już niemal wszędzie zabezpieczone przepisami władz odpowiednich. W monarchii austryjackiéj, a w szczególności téż w Galicyi, wydano w ostatnich czasach kilka rozporządzeń dotyczących tego przedmiotu, a mianowicie rozporz. Ministra wyzn. i oświaty z dnia 19 lipca 1875. L. 6081, obejmujące postanowienia względem zachowania przepisów sanitarnych w publicznych szkołach ludowych w Galicyi i w W. Krakowsk.; oraz instrukcyję tyczącą się stawiania i urządzania budynków dla publicznych szkół pospolitych i wydziałowych wydaną przez Radę szkolną krajową na mocy artykułu 25 ustawy szkolnéj z dnia 2 maja 1873 (Dz. ust. i rozporz. kraj. N. 37 r. 1875). Oba te akta zawierają wielką liczbę przepisów nader stósownych pod względem higijenicznego urządzenia szkół i śmiało rzec można, że najważniejszym w téj mierze wymaganiom sanitarnym stałoby się zadość, gdyby we wszystkich szkołach naszych przepisy te były ściśle wykonywane.

Jednakże nietylko budynki szkolne nowo stawiane należałoby wznosić według zasad tam podanych; ale też i budynki szkolne już istniejące należałoby, o ile możności, według podanych tam wskazówek przerobić i pilnie w nich przestrzegać wszelkich przepisów porządku szkolnego, które wzmiankowanemi wyżéj rozporządzeniami są zalecone.

§. 2. Osobno nadmienić nam tu wypada o jednym szczególe nader ważnym, który nie jest objęty przepisami wyżéj wzmiankowanemi, mianowicie o książkach szkolnych pod względem ich wpływu na wzrok uczniów. Otóż nie ulega żadnéj wątpliwości, że książki szkolne, używane w Galicyi, po większéj części drukowane są takiemi czcionkami i na takim papierze, że bezpośrednio i wciąż wpływają na popsucie wzroku młodzieży szkolnéj. Z tego

powodu nietylko pożądaną, ale nawet niezbędną byłoby rzeczą, ażeby wyznaczono w tym celu osobną Komisyję, z lekarzy (a w szczególności też z okulistów) złożoną, którąby przejrzała pod tym względem książki szkolne w Galicyi używane, wykazała ich usterki co do czytelności druku i zaleciła ulepszenia, jakie w téj mierze są konieczne.

§. 3. Tutaj nastręcza się nam uwaga, że przepisy choćby najdoskonalsze, w téj przynajmniéj materyi, nie wielki przyniosą pożytek, jeżeli się nie zapewni ich wykonania przez odpowiedni nadzór, a do spełniania tego nadzoru najbardziéj kompetentni są lekarze. Ztąd wynika konieczna potrzeba zaprowadzenia i u nas, przynajmniéj przy szkołach średnich po miastach, lekarzy szkolnych, na wzór takiéjże instytucyi zaprowadzonéj już w innych krajach, np. w Belgii, Francyi, a nawet w Rosyi. Obowiązkiem takich lekarzy szkolnych byłoby czuwać nad wszelkiemi urządzeniami szkolnemi ze stanowiska higijeny; badać stan zdrowia młodzieży szkolnéj; czuwać, ażeby przez szkoły nie udzielały się choroby zakaźne; wreszcie dawać nauczycielom wskazówki tyczące się zdrowia pojedyńczych uczniów. Instytucyja ta dałaby się, o ile nam się zdaje, w życie wprowadzić bez osobnego obciążenia funduszu szkolnego, np. ustanawiając na ten cel składkę, nie więcéj nad 1 złr. półrocznie od ucznia wynoszącą, która dla rodziców lub opiekunów nie powinnaby być uciążliwą, zwłaszcza że, jak dopiero co nadmieniliśmy, zabezpieczona przez to byłaby pomoc lekarska bezpłatna w razie choroby dla uczniów ubogich.

Nawiasem tu wzmiankujemy, że szkoły po mniejszych miastach i wsiach winien w czasie swych objazdów zwiedzać lekarz powiatowy w myśl §. 15 rozporz. minister. z d. 10 lipca 1875. L. 6081.

§. 4. Do osiągnięcia tegoż celu nie mało przyczynić się może spełnienie przepisu objętego w §. 31 rozporz. Ministr. wyzn. i ośw. z dn. 9 czerwca 1873, L. 4816, według którego przy każdéj Radzie szkolnéj okręgowéj ma być ustanowiona stała Komisyja higijeny szkolnéj, mająca w swém gronie znawcę lekarskiego, jako członka zwyczajnego. Komisyja ta, według powołanego rozporządzenia, ma w sprawach sanitarnych szkolnych udzielać rad odpowiednich; dostrzeżonym w téj mierze niedostatkom na miejscu zaradzać; od czasu do czasu zwiedzać szkoły podlegające władzy szkolnéj okręgowéj; téjże z rewizyi zdawać sprawę i potrzebne wnioski czynić.

§. 5. Ale i nadzór lekarski nad szkołami odniesie tylko wtedy skutek pożądany, jeżeli usiłowania lekarzy wspierane będą przez nauczycieli, obznajmionych przynajmniéj z najogólniejszemi zasadami higijeny. Cel ten zaś da się osiągnąć jedynie natenczas, jeżeli w seminaryjach nauczycielskich, tak męzkich jak żeńskich, zaprowadzone będą stałe i obowiązkowe wykłady higijeny szkolnéj, prywatnéj i domowéj, powierzone znawcom, t. j. lekarzom. Tym tylko sposobem da się to urzeczywistnić, czego wymaga §. 14 wzmiankowanego rozporządzenia ministeryjalnego, według którego każdy nauczyciel jest obowiązany obznajomić się dokładnie z zasadami higijeny i przestrzegać tychże, i t. d. Otóż tylko w wykładach, o zaprowadzenie których nalegać tu musimy, będzie można w ten sposób wyjaśnić związek zachodzący między pewnemi urządzeniami lub przepisami szkolnemi a zdrowiem młodzieży, żeby nauczyciel, będąc o rzeczy téj stanowczo przeświadczony, nietylko nie opierał się ich wykonywaniu, lecz owszem, aby w praktyce szkolnéj gorliwie zasady higijeny krzewił.

Wykłady, o których tu była mowa, zaradziłyby zresztą w téj mierze tylko potrzebie szkół niższych; co się zaś tyczy szkół średnich czyli gimnazyjalnych, to potrzebie odpowiedniego pouczania kandydatów do stanu nauczycielskiego uczyniłoby zadość urządzenie seminaryjów nauki higijeny w Wydziałach filozoficznych Uniwersytetu krakowskiego i lwowskiego, w podobny sposób, jak już istnieją seminaryja filologiczne, matematyczne i t. d. dla tychże kandydatów.

§. 6. Wychowanie publiczne skierowane jest u nas prawie wyłącznie do rozwoju umysłu; jednakże dla szlachetnych tych celów nie należałoby zapominać o rozwoju fizycznym uczniów, ale owszem starać się o tenże z równą gorliwością, a to nadając gimnastyce wybitniejsze stanowisko w systemie wychowawczym.

Wprawdzie gimnastyka przyjęta jest dzisiaj jako osobny przedmiot do programu szkół naszych, lecz tylko jako przedmiot nadobowiązkowy, do którego najmniejsze przywięzuje się znaczenie i od którego może się każdy uczeń z największą łatwością uwolnić; a w skutek niedostatecznego ocenienia wartości gimnastyki w naszym kraju liczba starających się o uwolnienie jest znaczna. Gimnastyka powinna być przedmiotem obowiązkowym, od którego tylko świadectwo wydane przez lekarza szkolnego mogłoby ucznia stale lub czasowo uwolnić; a w ten tylko sposób przyczyniać się będą szkoły do rozwoju młodzieży we wszelkich kierunkach, tak moralnym i umysłowym, jakoteż fizycznym. Nadto nie ulega wątpliwości, że ćwiczenia gimnastyczne powinny być zastósowane do stanu zdrowia i sił każdego ucznia; a zatém mają się odbywać zawsze według wskazówek danych przez lekarzy.

§. 7. Ze stanowiska lekarskiego powszechnie uznaną jest rzeczą, że zdrowie uczniów w szkołach naszych mocno na szwank jest narażone w skutek zbyt wielkiéj liczby godzin przepędzanych w szkole.

Wszak organizm ich dopiero się rozwija, a czynniki szkodliwe, których w szkole nie brak, tém zgubniéj działają, im wpływ ich trwa dłużéj, albowiem według zasad higijeny liczbę tę należałoby ograniczyć w wieku od 7 do 10 lat do 3—4 godzin dziennie; od 10 do 14 roku życia do 5 godzin; a dopiero od 15 roku życia dozwolić 6ciu godzin lekcyj dziennie. Cyfry powyższe stanowią *maximum*; pożądaną oczywiście jest rzeczą, ażeby w szczegółowym planie pojedyńczych szkół liczba godzin do tego *maximum* nie dochodziła i żeby w szkołach żeńskich była stosunkowo mniejszą. Nie mogąc w tém miejscu w obszerniejsze w téj mierze wdawać się wywody, sprawę tę usilnie uwadze Ankiety szkolnéj mamy zaszczyt polecić.

§. 8. Nareszcie w ścisłym związku ze sprawą, o któréj właśnie nadmieniliśmy, pozostaje kwestyja o przestankach między godzinami, jako szczegół mający niepoślednie znaczenie nietylko pod względem higijenicznym, ale i pedagogicznym. Pomijając tu stronę wychowawczą téj kwestyi, we względzie lekarskim należałoby dzieciom w szkole dozwalać, żeby często zmieniały postawę, a jeżeli tego nie można dopuścić ze względu na porządek szkolny, to przynajmniéj częste przestanki między godzinami powinnyby łagodzić szkodę ztąd wynikającą, a w czasie tych przestanków zostawić należy dzieciom zupełną swobodę ruchów celem zaczerpnięcia świeżego powietrza i nabrania sił nowych.

Dotychczas do przestanków między godzinami szkolnemi w kraju naszym mało przywiązywano znaczenia; otóż według tego, co poprzedza, wypadałoby poświęcić im większą

uwagę i odpowiedniemi przepisami (według wskazówek lekarskich) ściśle je określić.

§. 9. W powyższych uwagach musieliśmy się ograniczyć do najtreściwszego przedstawienia kwestyj tyczących się zdrowia młodzieży szkolnéj w kraju naszym; szczegółowe wyłuszczenie tych zasad, powszechnie zresztą już uznanych, lecz u nas — niestety — jeszcze nie wprowadzonych w życie w należytym zakresie, wymagałoby więcéj czasu, aniżeli tym razem na powyższe wywody mogliśmy poświęcić.

§. 10. Ostatecznie, według tego, co powyżéj powiedziano, pod względem potrzebnéj reformy higijenicznéj szkół uważamy za rzecz pożądaną:

1) ażeby istniejące rozporządzenia tyczące się budowy i urządzenia szkoł, oraz porządku szkolnego, były ściśle w życie wprowadzone;

2) aby wyznaczono Komisyję specyjalną do przejrzenia książek szkolnych pod względem ich czytelności;

3) aby ustanowiono lekarzy szkolnych przy szkołach średnich po miastach;

4) aby zaprowadzono wykłady higijeny w seminaryjach tak męzkich, jak żeńskich, względnie zaś w Wydziałach filozoficznych uniwersyteckich, dla kandydatów do stanu nauczycielskiego;

5) żeby wprowadzono w życie stałe Komisyje zdrowia przy radach szkolnych okręgowych;

6) aby gimnastyka we wszystkich szkołach, tak niższych, jak średnich była przedmiotem obowiązkowym;

7) aby wedle możności ograniczono liczbę godzin spędzanych dziennie przez uczniów w szkole; — nareszcie

8) aby osobne wydano przepisy tyczące się przestanków między godzinami.

VI. Zjazd III. lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

W ciągu ostatniego tygodnia zapowiedziano Wydziałowi gospodarczemu dwie prace z zakresu chemii, mianowicie:

1) O wpływie temperatury na przebieg reakcyj chemicznych pomiędzy kwasami mineralnemi a solami kwasu węglowego, i

2) Nowy rozbiór wody lekarskiéj krajowéj.

Prócz tege zaś rozprawę z zakresu higijeny (o wodach studziennych krakowskich).

Z gotowością podjęcia się referatu co do zadań do dyskusyi w sekcyjach Zjazdu zgłosił się dopiero jeden kolega, mianowicie referatu o niedokrwistości złośliwéj (*anaemia perniciosa*) podjął się łaskawie Dr. Dunin z Warszawy.

Przypuszczając, że naznaczony czas był zbyt krótki, przedłużamy jeszcze do końca maja r. b. termin zgłaszania się szanownych kolegów do referatu co do innych proponowanych zadań do dyskusyi, które dotychczas ogłosiliśmy.

Podając ostatnim razem wykaz prac dotychczas zapowiedzianych, przez omyłkę opuściliśmy pracę z zakresu patologii doświadczalnéj. Obecnie więc mamy już zapowiedzianych 30 prac, mianowicie: 1 z zakresu anatomii i fizyjologii, 2 z anatomii patologicznéj i patologii ogólnéj i doświadczalnéj, 10 z medycyny wewnętrznéj, 1 z chirurgii, 5 z higijeny, 3 z chemii i farmacyi, 2 z fizyki, 2 z botaniki, 2 z mineralogii i geologii i 1 z etnologii. Pomiędzy prelegentami, którzy się do wykładów w sekcyjach zgłosili, 14 jest z Krakowa, 2 ze Lwowa, 2 z Warszawy, 4 z różnych miejsc w Galicyi, 4 z Pragi czeskiéj.

Rozsyłanie zaproszeń na Zjazd w dalszym ciągu odbywa się bez ustanku.

Co do Wystawy przyrodniczo-lekarskiéj stanęła już ostateczna uchwała, że Wystawa, podobnie jak w r. 1869, odbędzie się równocześnie ze Zjazdem, t. j. w dniach 21—25 Lipca r. b. Sprawą tą zajmuje się pod przewodnictwem Dra Adryjana Baranieckiego osobny komitet, w którego skład wchodzą pp.: Prof. Dr. Julijan Grabowski, Konstanty Jelski (zoolog), Dr. B. Lutostański, dyrektor bud. miejsk. Moraczewski, Prof. Wład. Rozwadowski, Dr. med. Hil. Schramm, Dr. Szyszyłowicz (botanik) i Mag. farm. Trauczyński. Co do lokalu na wystawę, wybór obecnie waży się między salą górną w Sukiennicach a salami gimnazyjum u św. Anny; za kilka dni zapewne nastąpi już stanowcza w téj mierze decyzyja komitetu, o któréj przyszłą razą nie omieszkam donieść.

Prof. Dr. Janikowski.
Przewodniczący Wydziału gosp. III Zjazdu.

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

□ Niemieckie Towarzystwo ochrony zdrowia publicznego odbędzie 9 doroczny Zjazd w dniach od 14 do 16 września rb. w Wiedniu. Następujące kwestyje będą rozbieranemi: 1) O gazach kanałowych jako środku szerzenia chorób epidemicznych w ogóle i o kierunku i sile prądu powietrza w kanałach zwłaszcza Monachijskich; 2) O metodzie badania mąki z uwzględnieniem dzisiejszego stanu przemysłu mącznego i zdarzających się zafałszowaniach; 3) O tém czego przy zakładaniu i używaniu cmentarzy ze stanowiska higijenicznego wymagać należy; 4) O używaniu i nadużywaniu wyskoku; 5) O wydzielaniu niedokwasu węglowego przez silnie rozpalone żelazne piece pokojowe i kaloryfery. Ostatnia kwestyja rozbieraną będzie na wspólném posiedzeniu Tow. ochrony zdrowia i Tow. dla zdrowotnéj techniki.

Statystyka epidemij. W tygodniu 11 (do 12 marca) ospa w Londynie prawie wcale się nie zmieniła. Świeżo zapadło 211, umarło 58, leczyło się w szpitalach 852. W Wiedniu umarło 23, w Paryżu 22, w Budapeszcie 12, w Pradze 5. Z innych większych miast donoszono o sporadycznych przypadkach śmierci z ospy. W Ameryce Północnéj pojawiała się ospa dosyć często. W Filadelfii umarło od 6—12 lutego 49, w Nowym Yorku 6, w Chicago 9. W Paryżu i Petersburgu umarło nieco mniéj z duru osutkowego. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 30. Z febry żółtéj umarło od 16—31 stycznia w Rio de Janeiro 22. W Krakowie umarło w tygodniu 13 (do 19 marca): 1 z ospy, 2 z odry, 4 z płonicy, 2 z błonicy, 3 z duru brzusznego, 3 z duru osutkowego, 1 z gorączki połogowéj a doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku ospy, 9 odry, 3 płonicy, 2 błonicy, 4 duru brzusznego, 10 duru osutkowego, 1 róży.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 11 (do 12 marca) umarło na 1000 mieszkańców i na rok w Krakowie 44,7; we Lwowie 37,0; w Poznaniu 28,7; w Wiedniu 32,2; w Budapeszcie 37,5; w Pradze 43,5; w Tryjeście 40,3; w Berlinie 24,5; Wrocławiu 35,6; w Gdańsku 27,0; w Mnichowie 29,4; w Dreźnie 23,8; w Lipsku 19,5; w Bazylei 32,6; w Brukseli 25,3; w Amsterdamie 25,5; w Hadze 22,5; w Paryżu 32,0; w Londynie 22,0; w Kopenhadze 21,9; w Stokholmie 32,2; w Chrystyjanii 19,9; w Petersburgu 52,7; w Odesie 30,1; w Wenecyi 25,5; w Bukareszcie 21,8; w Madrycie 34,2; w Barcelonie 27,5; w Aleksandryi 32,1; w Nowym Yorku 30,6; w Filadelfii 24,9; w Rio de Janeiro 50,4; w Bombayu 30,9; w Madrasie 43,8. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

÷ **Kraków** d. 7 kwietnia. Spełniając życzenie przez wielu szanownych Kolegów, osobliwie z prowincyi, wyrażone uwzglę-

dniać będziemy w naszém piśmie więcéj niż dotychczas wykłady i zdania sprawy o obecném stanowisku ważnych kwestyj ogólniejszego znaczenia z rozmaitych gałęzi umiejętności lekarskich, aby w obec szybkiego postępu nauki i coraz większego nawału dzieł, pism i rozpraw podać lekarzowi praktycznemu sposobność obeznania się w sposób łatwy i przystępny z najnowszemi zdobyczami na polu medycyny. Dla dopełnienia tego zadania postaraliśmy się o koło kompetentnych pracowników i spodziewamy się, że przy ich gorliwéj pomocy zaspokoimy słuszne wymagania naszych Czytelników i zaradzimy skutecznie rzeczywistéj potrzebie.

Wykłady i sprawozdania, o których mowa, wydawać będziemy następnie w osobnych zeszytach, których ceny każdym razem osobno oznaczymy.

* Towarzystwo lekarskie krak. na jedném z ostatnich posiedzeń na wniosek docenta Marsa wybrało komisyję, celem zastanowienia się nad wnioskiem docenta Jordana, odnoszącym się do użycia odpowiednich środków, aby zapobiedz częstemu powstawaniu i szerzeniu się chorób połogowych. Komisyja ta ukonstytuowała się, obrawszy przewodniczącym prof. Madurowicza a sprawozdawcą doc. Jordana, sekretarzem zaś doc. Marsa. Spodziewamy się, że koledzy nie odmówią komisyi téj poparcia swego.

* W marcowym zeszycie *Klin. Mon. f. Augenheilk.* znajduje się opis przypadku przerostu fałdu półksiężycowego z kliniki prof. Rydla, podany poprzednio w Nrze 51 Przeglądu Lek. z r. z. przez Dra Macheka, a w Nrze 7 *Centralbl. f. Nervenheilkunde* sprawozdanie z ustępu sprawozdania z kliniki prof. Korczyńskiego, podanego przez Dra Gluzińskiego w tymże numerze tygodnika naszego.

* Na dzisiejszém posiedzeniu Rada m. Krakowa na wniosek Prezydenta zezwoliła na rozpisanie konkursu na posadę 3go lekarza miejskiego. Tym sposobem sprawa ta przecież raz zostanie załatwioną.

* **Paryż.** Akademija lekarska udzieliła prof. Charcotowi nagrodę 2.500 fr. za dzieło o patologii mózgu, Drowi Grancher nagrodę 10.000 fr. za pracę o gruźlicy; Drowie Guibout i Julien otrzymali po 500 fr., pierwszy za pracę o chorobach skórnych, ostatni o kile.

* **Mianowania i odznaczenia.** Docenci prywatni w Wiedniu Dr. Alojzy Monti i Wilh. Winternitz otrzymali tytuł profesorów nadzwyczajnych. — Jeneralny lekarz sztabowy Dr. Frisch przy sposobności 50-letniego jubileuszu służbowego otrzymał krzyż komandorski orderu Franciszka Józefa.

* **Wiadomości osobowe.** Pan Namiestnik zamianował prowizorycznych weterynarzy powiatowych Adryjana Bulbuka ze Sniatyna, Teofila Dorożyńskiego z Husiatyna i Stanisława Herasimowicza z Borszczowa stałymi weterynarzami powiatowymi w XI klasie z systemizowanemi dla niéj poborami, pozostawiając ich na dotychczas zajmowanych posadach; zaś na trzy nowo kreowane posady weterynarzy powiatowych zamianował dotychczasowego kierownika prywatnego zakładu kontumacyjnego w Skale Dra Bazylego Krwawicza i weterynarzy prywatnych Władysława Wojcika, dotychczasowego nauczyciela szkoły rolniczéj w Czernichowie, i Daniela Kisiela, weterynarza z Tarnowa, prowizorycznymi weterynarzami powiatowymi, pierwszego w Rohatynie, drugiego w Tarnowie, trzeciego w Mielcu; oraz przeniósł weterynarza powiatowego Dra Karola Raspa z Rohatyna do Bochni.

Weterynarz powiatowy Leon Bergmann w Jarosławiu umarł 23 marca 1881.

* **Nekrologija.** W Celowcu umarł radca sanitarny i dyrektor szpitala powszechnego Dr. Alojzy Hussa. — W Zurychu umarł higijenista Dr. Wiel. — W Paryżu umarł Dr. Paweł Massot, członek Senatu, w 80 roku życia.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 14: Śp. Helbich (wspomnienie pośmiertne); Markiewicza: Wskazówka dotycząca sposobów użycia mleka krowiego dla niemowląt i dorosłych (dok.) — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 14: Śp. Helbich (mowa pogrzebowa J. F. Nowakowskiego); Strzyżowskiego: Zmarznięcie czy też śmierć w skutek tłuszczowego zwyrodnienia serca; Janiszewskiego: Przyczynek do terapii niemocy męzkiéj.

Redakcyja otrzymała:

Prof. Dr. A. ADAMKIEWICZ: Über den Einfluss des Senfteigreizes auf Anästhesie u. normale Empfindung (Vortrag gehalten in der Gesellschaft der Krakauer Aerzte). Osobne odbicie z Berl. klin. Woch. 1881, in 8vo str. 23. — Wykład ten poprzednio umieszczony był w Przegl. Lek.

Dr. POLLAK: Source de Hall en Haute-Autriche, Vienne 1881, in 8vo str. 60.

Dr. WEISS. Wasser-Heilanstalt Priessnitzthal nächst Mödling bei Wien 1881.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj pół tora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Ulica Podwale Nr. 84.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Boulv. Voltaire 180, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1 1/2 „	4 „	6 „

Kraków, 16 kwietnia 1881. №. 16. Rok XX.

I. Z kliniki okulistycznéj Prof. Dra. Rydla.

O zwyrodnieniu barwikowém siatkówki.

Podał asystent Dr. Machek.

Pierwsze dokładne anatomiczne badania dotyczące złogów barwika w siatkówce podał Donders (*Graefe's Archiv* III). Twierdził on, że barwik nagromadza się w skutek przewlekłego zapalenia téj błony, zkąd pochodzi i dziś jeszcze używana nazwa *Retinitis pigmentosa.* Po nim H. Müller rozróżniał dwa rodzaje złogów barwika: albo pochodzi tenże z przeobrażonéj krwi, która się dostała do siatkówki (*haematogene Form*), albo, i to nierównie częściéj, z przybłonka barwikowego naczyniówki, wnikającego w skutek przerostu do utkania siatkówki. (*Gesammelte Schriften.* Red. v. Becker 317). Jeżeli więc przyczyną złogów barwikowych nie są wybroczyny, natenczas pochodzą one z przerosłych komórek barwikowych naczyniówki. Zapatrywania Müllera stwierdzili później Schweigger i Leber. Przerost zaś przybłonka barwikowego może być albo skutkiem zapalenia naczyniówki, które *per contiguitatem* udziela się zewnętrznym warstwom siatkówki (*Chorioretinitis*), albo skutkiem przewlekłego zapalenia siatkówki, które ogarnia także przybłonek barwikowy będący częścią składową siatkówki, co się przerostem barwika uwydatnia. Znamy atoli jeszcze trzeci rodzaj złogów barwikowych nagromadzonych w siatkówce. Tkanka łączna téjże przerasta, pierwociny nerwowe zanikają a barwik nagromadza się bez przekrwienia, bez zaćmień w siatkówce lub zmętnień w ciałku szklaném, a więc bez klinicznych objawów zapalenia. W żadnym okresie choroby nie są naczynia grubsze, zwężają się ciągle a ściany ich ulegają wczesnemu stwardnieniu (*Sclerosis*). Tę sprawę chorobową, którą niewłaściwie także nazywają *Retinitis pigmentosa*, zdaniem Lebera nazywaćby należało zwyrodnieniem barwikowém (*Graefe* i *Saemisch* V, 634), I tu pochodzi barwik z przybłonka naczyniówki, który we wszystkich przypadkach téj choroby ulega pewnym zmianom chorobowym: w pewnych przypadkach zanika on tylko, w innych, częstszych, przerasta i dostaje się do siatkówki. Powstaje więc albo zwyrodnienie ze złogami barwikowemi, albo téż bez złogów barwika. Spostrzeżenia nasze dotyczą właśnie kilku osób dotkniętych tym trzecim rodzajem samoistnego zwyrodnienia siatkówki, które, jak wspomniałem, bywa także przyczyną wnikania barwika do téjże.

Przez przeciąg kilku lat spostrzegano w klinice pięcioro rodzeństwa, dotkniętych tą chorobą, których rodzice byli ze sobą spokrewnieni. Obecnie sprawa chorobowa tak się rozwinęła, iż prawie wszyscy już i poczucie światła stracili. Przypadki te już z tego względu żywsze budziły zajęcie, iż chorobę, która nie u wszystkich tych chorych równie długo trwała, można było widzieć na raz niejako w rozmaitych okresach. Dalsza jednak obserwacyja rozwoju choroby nastręczyła mi sposobność do pewnych spostrzeżeń, które zasługują na to, aby je ogłosić. Spostrzeżenia te odnoszą się: 1) do ilości barwika, która nie odpowiada ani trwaniu ani rozwojowi choroby nawet u członków téj saméj rodziny, u których wspólnie odziedziczona skłonność powinnaby równe albo bardzo podobne wywołać zmiany, 2) dotyczą powikłań zwyrodnienia z sprawami zapalnemi i zanikowemi w naczyniówce, które bądź to zajmowały okolicę plamki żółtéj i obwodowe części naczyniówki równocześnie, bądź téż się umiejscowiały tylko w obwodowych częściach téjże, 3) szczególniejszego rodzaju wahania ócz (*Nystagmus*), 4) zboczeń zdolności rozpoznawania barw, a nakoniec 5) wykazują, iż wstrzykiwania azotanu strychninowego w tych przypadkach, które są powikłane ze sprawami zapalnemi w naczyniówce, a więc w dosyć stosunkowo wielkiéj liczbie przypadków zwyrodnienia barwikowego, mogą być szkodliwe.

Zanim jednak rozpatrzymy się bliżéj w wynikach naszych spostrzeżeń, podamy w krótkości historyje chorób, z pominięciem wielu szczegółów niezostających w związku z naszemi wywodami.

Jędrzej W. lat 62, włościanin z Bierzanowa, ożenił się przed blisko 40 laty ze stryjeczną siostrą swoją. Był zawsze zdrów, jest dobrze zbudowany, miernie odżywiony i wygląd

zresztą na wiek swój odpowiednio. Bystrość wzroku wynosi $^6/_6$. Oczy nie przedstawiają nic nieprawidłowego. Żona także zawsze zdrową była: przebyła dziesięć połogów i nigdy nad tydzień w połogu nie leżała. Oboje widzą wieczorem tak, jak inni ludzie. Rodzice, stryjowie i krewni, o ile W. wie, zawsze dobrze widzieli. Z jedenastu dzieci (raz żona powiła bliźnięta) żyje siedmioro, a mianowicie córek 6 i jeden syn. Z żyjących Anna ma lat 36, Barbara 30, Katarzyna 27, Agnieszka 23, Ludwika 21, Julijanna 19 a Jan 18. Wszystkie dzieci są dobrze zbudowane, przed rokiem, kiedy ojciec jeszcze nie popadł był w nędzę, w jakiéj się dziś znajduje, były dobrze odżywione, chodziły w młodszych latach do szkół, gdzie się dobrze uczyły, umiały czytać i pisać i okazują dziś jeszcze niezwykły u włościan naszych stopień inteligencyi. Przy badaniu nie znaleziono ani nadliczbowych palców ani innych zboczeń, które dość często napotykamy u dzieci z pokrewnych sobie rodziców. Śladów kiły nie wykryto. Żadne z dzieci ciężko nie chorowało.

Anna i Katarzyna widzą dobrze, wyszły za mąż, mają dzieci, z których najstarsze ma mieć lat 7. Wnuki Jędrzeja widzą dobrze. Okoliczność ta jednak nie wyklucza tego, aby które z nich nie odziedziczyło skłonności do zwyrodnienia barwikowego siatkówki, gdyż nie doszły jeszcze do wieku, w którym ta choroba zazwyczaj objawiać się zaczyna.

Reszta rodzeństwa, czworo dziewcząt i chłopiec widzieli, będąc dziećmi, jak już wspomnieliśmy, dobrze tak w odległości jak i w pobliżu. Około dziesiątego roku życia spostrzegali, iż wieczorem gorzéj widzą, późniéj wieczorami już sami wychodzić nie mogli, jeżeli nie znali dobrze drogi a wreszcie i we dnie gorzéj widzieć zaczęli najprzód w odległości a później, także i w pobliżu. Już w r. 1869 badał prof. Rydel chore dzieci W., z których najstarsze miało wtenczas lat 19, a najmłodsze, syn Jan, lat 7 i rozpoznał zwyrodnienie barwikowe siatkówki, chociaż nie u wszystkich chorych mógł wykryć złogi barwikowe. Chorzy szukali wtenczas porady lekarskiéj z powodu kurzéj ślepoty. Około 20 roku bystrość wzroku już w tym stopniu bywała upośledzoną, iż sami chodzić nawet we dnie nie mogli a chłopiec ociemniał jeszcze wcześniéj, mianowicie w 18 roku, co się zresztą zgadza ze zwykłém spostrzeżeniem, iż chorzy płci męskiéj przy równéj zresztą odziedziczonéj skłonności częściéj i cięższéj zapadają.

Niechcąc powtarzać się w opisie pojedyńczych przypadków dodać jeszcze muszę, iż zewnętrznie oczy chorych nie przedstawiały żadnych zmian z wyjątkiem drgań gałek ocznych, o których, o ile coś szczególniejszego przedstawiały wspomnimy, że środki łamiące były czyste, że więc ani tylnéj zaćmy korowéj, ani zaćmień w ciałku szklaném nie było, która to okoliczność przemawiałaby za tém, że choroba powstała na tle kiłowém, że wreszcie oczy są miernie wydłużone i nie wykazują szczeliny w tęczówce.

1. Barbara. W październiku z. r. badanie wykazało stan następujący: Gałki oczne nie wykonywają żadnych ruchów. Osi oczne są równoległe. Jeżeli się choréj poleci, aby patrzała na swoją rękę, natenczas gałki oczne wahają się w kierunku poziomym. S = 0, jak chora podaje, już od lat 10. Myopija oznaczona w obrazie prostym wynosi 9·5D. Tarcza nerwu wzrokowego szara z przymieszką czerwonego, fizyjologicznego zagłębienia nie ma. Brzegi tarczy widać wyraźnie. Tętnice bardzo znacznie węższe od żył, jedne i drugie zwężone. Naczynia widzieć można tylko w pasie siatkówki, szerokim na 4 do 5 średnic tarczy nerwu wzrokowego, a poza jego obrębem spostrzedz tylko można tu i ówdzie smugi złogów barwikowych wskazujących, gdzie niegdyś naczynia przebiegały. Siatkówka lekko szarawo zamglona, tak iż czerwone dno oka, szczególniéj przy badaniu w obrazie prostym, wydaje się jakby lekko przysłonięte. Obwódki twardówkowéj nie widać, tarczę otacza tylko wązka obrączka barwikowa. Zanik przybłonka barwikowego sięga aż do saméj tarczy, przestwory pomiędzy naczyniami naczyniówki ciemno brunatne. Na całém dnie oka można rozpoznać drobne białe i żółte kropki, niewątpliwie zgrubienia błony szklistéj naczyniówki (Leber). W lewém oku znajduje się w plamce żółtéj i jéj sąsiedztwie czarna plama wielkości połowy tarczy, składająca się z mniejszych drobnych czarnych plamek, umieszczonych na dnie biało szarém. Pomiędzy tą plamą a tarczą widać jeszcze drugą, dwa razy większą, brunatną plamę, która również składa się z małych, brunatnych złogów barwika rozmieszczonych na szarém tle, co dokładnie rozpoznać można dopiero przy badaniu w obrazie prostym. Na oku prawém, którém chora dłużéj i lepiéj widziała, nie ma czarnéj plamy w miejscu plamki żółtéj jak na oku lewém, lecz natomiast widać tam kilka mniejszych. Plama brunatna zaś znajduje się w tém samém miejscu jak w oku lewém. Na obwodzie widać wielkie białe plamy, odpowiadające zanikłym częściom naczyniówki; w siatkówce zaś, również w obwodowych jéj częściach, znachodzą się dość liczne rozsiane złogi barwika, mające kształt gwiazdek, ciałek kostnych itd.

2. Agnieszka. W styczniu 1877 leczono chorą w klinice stałéj. Z protokołów klinicznych wyjmuję następujące szczegóły: Źrenica miernie rozszerzona, oddziaływanie tęczówki energiczne. Liczy palce na 0·50M. Pr. o. Jg. Nr. 19, lewém zaś nawet i 24 numeru Jaegera nie czyta. Obraz wziernikowy nie różni się od tego, który niżéj opiszemy, z wyjątkiem téj jednéj okoliczności, iż naczynia nie były tak wązkie. Chora pozostawała w ciemnym pokoju i zażywała przez 3 tygodnie jodek potasowy. Leczenie pozostało bez skutku. W marcu 1879 badałem chorą, mającą podówczas $^1/_{60}$ bystrości wzroku pod względem zdolności rozpoznawania barw. Badanie wykazało, iż chora jest dotknięta zupełnym barwoślepem. Motki włóczki Holmgrena układała tylko według tego, czy są ciemniejsze lub jaśniejsze. Ciemniejsze nazywała czarnemi, jaśniejsze szaremi. Badanie w jesieni 1880 wykazało następujący stan: Przy patrzeniu w odległość drgają oczy zaledwie dostrzegalnie. Jeżeli się choréj poleci, aby patrzała na swoją rękę, wahania wzmagają się. Kierunek ruchów jest rozmaity, najznaczniejsze są od góry ku dołowi (*Nystagmus mixtus*). Bystrość wzroku równa się 0 i to od roku. M = 8D. Tarcza nerwu wzrokowego szarawo-biała, brzeg jéj dobrze odgraniczony; naczynia wązkie bez podwójnych zarysów, kończą się niedaleko poza brzegiem tarczy. Szerokość *Staphyloma post.* równa się $^1/_3$ średnicy tarczy nerwu wzrokowego. Odgraniczenie od naczyniówki jest bardzo ostre, co za tém przemawia, iż sprawa wydłużania gałek ocznych albo bardzo tylko zwolna, albo wcale nie postępuje. Barwik w siatkówce widać już w oddaleniu trzech średnic tarczy od jéj brzegu. Barwik jest dość rzadko rozsiany, a nieregularne podłużne i gwiazdowate złogi są w ogóle mniejsze niż u choréj poprzednio opisanéj. Powierzchowna warstwa przybłonka barwikowego zanikła na całém dnie oka, naczynia naczyniówki są świecące, dno oka jest zasiane mnóstwem drobnych białych i żółtych kropek. W plamce żółtéj i jéj sąsiedztwie znachodzą się gęsto obok siebie, nieregularnie poustawiane brunatne i czarne plamki. W obwodzie widać

przy rozszerzonéj źrenicy wielkie biało szarawe plamy, powstałe w skutek zaniku naczyniówki.

3. Ludwika. We wrześniu 1880 wykazało badanie: Gałki oczne wykonywają poziome ruchy wahadłowe tak prędko po sobie następujące, iż utrudniają badanie wziernikowe. Ruchy ręki widzi na 25cm. Od pół roku już sama chodzić nie może. M=5D. Tarcza nerwu wzrokowego szarawa, ostro odgraniczona. W oddaleniu 4 do 5 średnic tarczy nerwu wzrokowego od jéj brzegu można jeszcze wązkie naczynia widzieć. Tarczę otacza wązka obwódka twardówkowa. Przybłonek barwikowy zaniknął tylko w obwodzie, naokoło zaś tarczy jest jeszcze dość dobrze zachowany. I w tym przypadku można widziec liczne drobne białe i żółte punkciki rozsiane na dnie oka. Plamka żółta i jéj sąsiedztwo prawidłowe. W obwodzie złogów barwikowych dostrzedz nie można. Chora znosiła bardzo dobrze wstrzykiwania azotanu strychninu. Razem zrobiono 32 wstrzykiwań na kilka zawodów i to z każdorazową poprawą bystrości wzroku.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Ogólny pogląd na nowotwory.

Podał Prof. Dr. Browicz.

(Wykład miany na posiedzeniu Towarzystwa lek. krakowskiego z dnia 16 marca r. b.)

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 15).

Uogólnianie się nowotworów w ustroju w postaci przerzutów przychodzi do skutku przez zator cząstkami tkaniny nowotworowéj, dostającemi się czy to drogą naczyń limfatycznych czy téż krwionośnych a mianowicie żylnych (ztąd najczęstsza siedziba przerzutów w płucach i wątrobie) w krążenie ogólne. Przerzuty rozwinąć się więc mogą wszędzie, gdzie tylko naczynia krwionośne dochodzą. Nie potrzebujemy po tém, cośmy o przemienności komórek nadmienili, zastanawiać się nad t. zw. infekcyją humoralną, przeciw czemu świadczy nadto brak przerzutów w chrząstkach, dokąd cząstki nowotworowéj tkaniny w braku naczyń krwionośnych dostać się nie mogą, ani też nad możebnością metabolicznéj zmiany, natomiast doświadczenia z transplantacyją i implantacyją tkanin dowodzą, iż emboliczne owe cząstki wystarczają ze swą zdolnością proliferacyjną do wytlumaczenia rozwoju przerzutów naturalnie obok znanych nam już warunków ogólnych produkcyi patologicznéj.

Znane doświadczenia Dieffenbacha, Heinego, Olliera, Reverdina, zużytkowane nawet w celach leczniczych, spostrzeżenia Buhla, Virchowa co do powstawania perlaków tęczówki z urazowo implantowanych cebulek włosowych, doświadczenia Samuelsohna, Humboldta i innych a mianowicie w ostatnich czasach Cohnheima i Maassa, a przedewszystkiém doświadczenia Zahna i najnowsze Schweningera dowodzą, jak olbrzymią jest zdolność proliferacyjna elementów tkaninowych, że niektóre elementa i grupy elementów tkaninowych oddzielone ze związku organicznego, przemieszczone na inne miejsca, nie tylko nie giną ale rozwijać się daléj mogą. Mianowicie doświadczenia Zahna rzuciły nowe światło na tę kwestyję, jakie tkaniny szczepione posiadają zdolność dalszego rozwoju. Zahn przeszczepiał chrząstkę szklistą dorosłych zwierząt z jednego zwierzęcia na drugie i uzyskiwał ujemny rezultat, komórki ginęły, istota międzykomórkowa utrzymywała się, kawałek przeszczepiony otoczony bywał tkanką łączną. Przeszczepiając chrząstkę płodową doszedł do odmiennych wyników. Przeszczepiona chrząstka płodowa odznaczala się wśród obcego ustroju niezwykłą zdolnością rozwojową, tak dalece, iż bardzo małe ilości téjże roztarte z cieczą płodową wystarczały już do wytwarzania w przeciągu dni 50 ognisk wielkości grochu. Po wstrzyknięciu do żyły szyjnéj powstawały wielokrotne ogniska chrzęstne w płucach. Według Zahna wynik bywa ten sam, czy przeszczepia się na jedno- lub téż innogatunkowe zwierzę. Do takiego samego rezultatu doszedł Zahn z przeszczepianiem innych tkanin płodowych, np. kości, w takich razach naczynia z części otaczających przeszczepioną kość wrastały i odżywiały ją. W ten sposób całe kości przeszczepiał, które nie tylko wzrastały ale zachowywały właściwą sobie postać, wytwarzały się na nich prócz tego narośle chrzęstne lub kostne.

Z doświadczeń swych i innych autorów wysnuwa Zahn wniosek, iż tylko płodowe tkaniny, z wykształconych zaś tylko te, które niejako zachowały własności płodowe, posiadają zdolność dalszego rozwoju czy to w innem miejscu tego samego ustroju czy też w ustroju obcym.

Doświadczenia te są wymownym dowodem, w jaki sposób wytwarzanie się przerzutów do skutku przychodzi. Badając zachowanie się tkanek otaczających części przeszczepione i ich wzajemny stosunek, nie znajdujemy również zmian, któreby przemawiały za tém, iż tkanki te ulegają pod wpływem obcych elementów charakterystycznéj przemianie. Czynny udział tkanki łącznéj i naczyń krwionośnych otaczających cząstkę emboliczną, w ten sam sposób tłumaczyć się daje, jak powstawanie pokładu tkankołącznego unaczynionego około ciał obcych tkwiących wśród tkanek lub w przestworach ustroju, z tą różnicą, iż cząstka emboliczna rozwijając się wchodzi powoli z nowopowstającym pokładem tkankołącznym w związek organiczny. Jak bowiem przy wniknięciu ciała obcego nadwerężoną bywa równowaga fizyjologiczna tkanek w daném miejscu i powstałe szczeliny wypełnione bywają bujającą tkanką łączną, tak samo dzieje się w miejscach, w których ugrzęzły naniesione prądem krwi cząstki nowotworowéj tkaniny.

Zgodność co do budowy i składu nowotworów przerzutowych z pierwotnemi popiera również zdanie co do początku embolicznego przerzutów.

Cząstki nowotworowéj tkaniny wrastającéj niekiedy w ściany naczyń i rozrastającéj się daléj w ich wnętrzu dostają się łatwo w krążenie ogólne a mianowicie z nowotworów komórkowego składu, których elementa odznaczają się drobnością a nawet samodzielną zdolnością zmiany miejsca, niewątpliwie stale wchodzą w ogólne krążenie. Okoliczność, iż przerzuty mimo to nie stanowią stałego powikłania, nie zawsze się rozwijają, wskazuje iż obecność ognisk embolicznych sama przez się nie wystarcza do rozwoju przerzutów i że tak samo jak przy rozroście miejscowym nowotworu pierwotnego zachowanie się i stan tkanki sąsiedniéj, stan i jakość cząstek embolicznych odgrywają ważną rolę i tłumaczą nam zmienność lokalizacyi przerzutów.

Obok formy zatorowéj uogólniania się nowotworów w ustroju, zwykłéj i najczęstszéj, spotykamy się chociaż rzadko z bezpośredniém przeszczepianiem się cząstek nowotworowych w jamach na przeciwległe przylegające powierzchnie i rozsiewaniem się niejako nowotworu, jak to w jamach surowiczych ma miejsce.

Czy nowotwory mogą być przeniesione z jednego indywiduum na drugie, czy są przeszczepialne?

W patologii nie mamy ani jednego przykładu ściśle udowodnionego przeniesienia nowotworu z jednego indywiduum na inne. Nie znamy przypadku, by chirurg przy operacyi przeszczepił sobie w ranę przypadkową nowotwór chociażby najzłośliwszy, nie znamy również, by mężczyzna od kobiety dotkniętéj przybloniakiem macicy nabył nowotworu prącia.

Jeżeli zwrócimy uwagę na warunki rozrostu miejscowego nowotworów, na warunki rozwoju przerzutów, jeżeli daléj zwrócimy uwagę, iż przy takich przypadkowych zetknięciach cząstek nowotworowych czy to z powierzchnią nadżerka, czy też ranki utrzymanie się tych cząstek na i wśród rany jest wprost niepodobném, jeżeli się ich nie uchroni przed mechaniczném zniszczeniem, jeżeli wreszcie uwzględnimy stan zazwyczaj regresywny tychże cząstek, przyznać musimy, że warunki tak są niekorzystne, iż przeszczepienie staje się niemożebném i praktycznéj donioslości kwestyja ta przedstawiać nie może.

Inaczéj rzecz się przedstawia ze stanowiska teoretycznego, jeżeli zapytamy, czy przeszczepienie nowotworów jest w ogóle możebném?

Tkanki nowotworowe nie różnią się pod względem elementów histologicznych i składu chemicznego od tkanek fizyjologicznych; odznaczają się tylko niezwykłą wrodzoną zdolnością proliferacyjną; niektóre tkanki fizyjologiczne, a przedewszystkiém płodowe, przeszczepiane na jedno-, a nawet innogatunkowe zwierzęta, nie marnieją, utrzymują się a nawet znakomicie się daléj rozwijają, jak to z powyżéj przytoczonych rezultatów doświadczalnych wynika. Jeżeli więc tkanki przeniesione w miejsca obce w odpowiednich warunkach utrzymywać i rozwijać się mogą, nie możemy dostrzedz przyczyny, dla któréjby tkanki nowotworowe tak samo zachowywać się nie miały, tém bardziéj, ile że przerzuty są niejako formą naturalnego przeszczepiania się nowotworów chociaż wśród jednego i tego samego ustroju.

Doświadczenia niejednokrotne przez różnych autorów przedsiębrane, aczkolwiek w nader nielicznych przypadkach wśród szeregu licznych doświadczeń pomyślnym uwieńczone skutkiem, nie wykluczają możebności przeszczepialności nowotworów. Wskazują one tylko, jak trudno wytworzyć owe skomplikowane warunki pomyślnego rezultatu i że niepowodzenia owe odnieść należy raczéj do niestósowności materyjału szczepionego, tak rychło i często przedstawiającego zmiany regresywne, do niestosowności miejsca obranego lub sposobu postępowania, wreszcie uwzględnić należy, co, jak wiemy, nie małą wagę posiada, t. j. stan ogólny ustroju i tkanek otaczających, wśród których szczepienie uskuteczniono. Jeżeli zdolne do proliferacyi cząstki dostaną się w miejsca, gdzie nie należą, w walce o byt, jaka się między napływowemi obcemi cząstkami a otoczeniem wytwarza, giną, jeżeli nie posiadają własności nadających im przewagę w obec otoczenia.

Wpływ, jaki nowotwory w ogóle na ustrój wywierają, jest niekorzystny. Wpływ ten nie zawisł tyle od jakości tkanki nowotworowéj, ile od licznych ubocznych okoliczności, odgrywających w téj mierze częściéj ważniejszą rolę aniżeli jakość tkanki nowotworowéj.

Nie ulega wątpliwości, iż nowotwory przeważnie lub nawet wyłącznie komórkowego składu, szybko do znacznych rozmiarów wzrastające miejscowo, również szybko uogólniające się w ustroju, zajmujące coraz rozleglejsze części tegoż, muszą i wpływają bezpośrednio na stan ustroju, częścią przez zużycie kosztem reszty ustroju znacznéj ilości materyjału odżywczego, częścią przez upośledzenie funkcyi licznych i ważnych narządów przez rozwijające się przerzuty. Ale ten sam wpływ i następstwa wywierają nowotwory przybłonkowe jak i tkankołączne odznaczające się, jak się wyrażamy, znaczną złośliwością. A więc i w tych razach nie od jakości tkanki pod względem budowy histologicznéj, nie od jéj swoistości zawisl wpływ ten zgubny, ale przyczyną jest korzystny teren, wśród którego rozwój nowotworu tak miejscowy jakotéż przerzutowy niczém nie bywa tamowany.

Nie odmawiam bynajmniéj obrazowi histologicznemu znaczenia poniekąd prognostycznego. Wiemy bowiem z doświadczenia, jakie różnice istnieją we wzroście i rozwoju poszczególnych nowotworów, że np. mięśniaki i w ogóle nowotwory złożone z elementów wyższéj organizacyi w porównaniu z nowotworami komórkowemi embryjonalnéj cechy, wzrastają nader wolno i zachowują przez cały czas swego bytu charakter czysto lokalny. Jeżeli jednakowoż nowotwory różnorodnego składu i budowy wśród sprzyjających okoliczności jednaki wpływ ogólny wywierać mogą i wywierają, nie możemy odnosić przyczyny niekorzystnego wpływu bezpośrednio i wyłącznie do jakości tkanki nowotworowéj, ale musimy, jak to już wyżéj nadmieniłem, zwrócić w poszczególnych przypadkach uwagę oprócz na skład histologiczny przedewszystkiém na ogólny stan ustroju i zboczenia, które w skutek nowotworu bez względu na jego jakość powstają.

Umiejscowienie nowotworu odgrywa w téj mierze bardzo ważną rolę w skutek destrukcyi tkanki części fizyjologicznie ważnych lub też utrudnienia funkcyi narządów. Nowotwory czaszkowe lub mózgowe z jednéj strony, nowotwory przewodu pokarmowego z drugiéj strony, uwidoczniają wpływ umiejscowienia dostatecznie. Przybłoniaki przełyku lub niektóre żołądka, czy to części odźwiernikowéj czy to wpustowéj, mogą i przedstawiają niekiedy i nie tak rzadko czysto lokalną cechę, nie są nawet rozległe, nie tworzą przerzutów, a mimo to w następstwach swych sprowadzają tak zgubny wynik. Tworzą one przeszkodę mechaniczną zwężając przełyk lub ujścia żołądkowe, są źródłem krwotoków, w żołądku zmniejszają powierzchnię wydzielniczą, wywołują nieżyty przewlekłe itd., następstwa niebędące w żadnym związku z jakością tkanki nowotworowéj.

Nowotwory w jamie brzusznéj, np. torbielaki jajników, wyniszczają ustrój nie tyle przez swój wzrost powolny jakkolwiek olbrzymi, ile głównie przez wpływ mechaniczny na trzewa i ztąd powstające zaburzenia w trawieniu i odżywieniu. Włókniako-mięśniaki macicy stają się groźnemi pomijając wpływ mechaniczny na trzewa w przypadkach olbrzymiego ich wzrostu z powodu uporczywych krwotoków, których są źródłem.

Procesy septyczne, jakie się na powierzchni wrzodniejących powierzchownie (ztąd dostępnych wpływom szkodliwym) położonych nowotworów, jak nowotworów przełyku, sutka, macicy rozwijają, sprowadzają powolną infekcyję, wywierającą wpływ zgubny na ustrój, jaki się przy wszystkich septycznych sprawach pojawia.

Charłactwo, jakie w przebiegu nowotworów spostrzegamy, nie jest właściwością nowotworową, tém mniéj niektórych tylko nowotworów, gdyż wytwarza się w przebiegu wręcz od siebie różnych nowotworów, jakotéż tak samo bywa następstwem różnych innych spraw chorobowych.

Znane w literaturze przypadki, gdzie po kilkakrotnéj ekstyrpacyi przybloniaków, np. w przypadku Hütera mimo pięćkrotnéj ekstyrpacyi przybłoniaka sutka, chorzy dobrze

wyglądają, zachowują kwitnącą cerę, świadczą najwymowniéj jak należy oceniać znaczenie jakości tkanki nowotworowéj pod względem wpływu na ustrój. Hüter zwraca też słusznie uwagę na to, że niekiedy ludzie z przybłoniakami rozległemi zachowują zdrowe, kwitnące wejrzenie, jeżeli się powiedzie powstrzymać procesy septyczne na powierzchni wrzodniejącego nowotworu. (C. d. n.)

III. Przyczynki do kazuistyki chirurgicznéj.

Napisał Dr. Jan Szeparowicz,
prymaryjusz oddziału chirurgicznego we Lwowie.

5. Kazuistyka chirurgiczna krtani.

c) Uwagi nad mechaniczném leczeniem cieśni krtaniowéj i kazuistyka.

(Ciąg dalszy artykułów w Przegl. Lek. 1880. Nr. 14—20).
(Dokończenie. Patrz Nr. 15).

Raczą mi teraz szan. Czytelnicy zezwolić, ażebym dla ułatwienia poglądu wyniki moich doświadczeń odnośne do metody Schroettera ujął w formy ściśle określone:

1) Metoda Schroettera rozpada się na dwa sposoby leczenia: *a*) za pomocą świeczek cynowych, *b*) za pomocą rurek. Pierwszy sposób nadaje się wyłącznie do téj kategoryi przypadków, w których tracheotomiję przed tém uskuteczniono; drugi zaś nadto i do takich, w których jéj poprzednio nie zrobiono. Oba sposoby leczenia mogą stanowić każdy dla siebie odrębną całość, o ile w danym przypadku leczymy wyłącznie za pomocą jednego lub drugiego sposobu, zazwyczaj jednak stanowią one oba razem jedną całość, o ile już w toku leczenia można jeden sposób zamienić na drugi, a najbardziéj dla tego, ponieważ po wyleczeniu za pomocą świeczek i usunięciu kaniuli tchawiczéj należy późniéj przez wprowadzanie rurek w pewnych odstępach zapobiedz nawrotowi choroby, a tém samém ewentualnéj potrzebie ponowienia metodycznego leczenia, rozumie się przy stwierdzonéj skłonności stanu chorobowego do nawrotu, podobnie jak się poleca chorym wyleczonym z cieśni cewki moczowéj, aby przez dłuższy czas, bodaj w większych odstępach, wprowadzali sobie cewniki celem zapobieżenia nawrotowi cieśni.

2) Metoda za pomocą stoczków cynowych jest pewniejszą w przypadkach uporczywéj cieśni i ma się pod tym względem tak do sposobu leczenia za pomocą rurek, jak się ma metoda leczenia cieśni cewki moczowéj za pomocą stałych świeczek metalowych do metody za pomocą cewników.

3) Przypadki cieśni krtaniowéj należy rozdzielić na ostre i przewłoczne. W pierwszéj kategoryi można przez użycie rurek Schroettera *à demeure* uniknąć tracheotomii. W téj mierze można ogólnikowo orzec, że we wszystkich przypadkach ostréj (zapalnéj lub porażennéj) cieśni krtaniowéj można tym sposobem zastąpić tracheotomiję, atoli nie wszystkie przypadki nadają się do takiego postępowania zachowawczego.

4) Do bezwzględnych lub przynajmniej względnych przeciwwskazań użycia rurek *à demeure* w miejsce tracheotomii w przypadkach ostréj cieśni krtaniowéj należy policzyć: wiek dziecięcy, zbyt młodociany, który utrudnia zastósowanie rurek; nieuleczalność stanu chorobowego (przyp. 14ty mojéj kazuistyki: *myelitis, paralysis laryngis consecutiva*) a tém samém ewentualna potrzeba ciągłego zastósowania rurek; możliwość ewentualnéj katastrofy skutkiem użycia rurek (w dławcu możliwość zepchnięcia na dół błon dławcowych i zaduszenia); stwierdzona skłonność organizmu do głębokich odleżyn (dur z ciężkim przebiegiem i zapaleniem ochrzęstny w krtani,—mój przyp. 19ty); niemożliwość kontroli, odnawiania rurek i odżywiania chorego przez lekarza (np. z powodu odległości miejsca). Natomiast nadają się do leczenia zachowawczego za pomocą rurek *à demeure* przypadki ostréj cieśni wywołanéj: obrzękiem zapalnym, naciekiem zapalnym któréjkolwiek warstwy powłok krtaniowych w zapaleniach samodzielnych, lub na tle kiły, względnie w durze (z niezbyt ciężkim przebiegiem) a nawet i gruźlicy, następnie przypadki ostréj cieśni wynikłéj z porażenia mięśni rozszerzaczy głośni (mój przyp. 16ty *paralysis dilatatorum glottidis post typhum*).

5) Zastosowując rurki *à demeure* w przypadkach ostréj cieśni należy używać rurek względnie najcieńszych (w skali grubości) dla chorego wystarczających, a to celem uniknięcia następowych odleżyn.

6) Skłonność do odleżyn skutkiem zastósowania metody Schroettera w przypadkach ostrego zapałenia jest większą, aniżeli w przypadkach przewłocznych. Przyczyny tego należy upatrywać w rozpulchnieniu i wiotkości błony śluzowéj w takich razach. W téj też przeważnie kategoryi przypadków napotykamy przykłady odleżyn w mojéj kazuistyce. Atoli i w przypadkach przewłocznéj cieśni napotykamy je skutkiem albo zbyt natężonego lub rozciągłego sposobu użycia rurek, a mianowicie bądź skutkiem względnie za wysokiego numeru rurek lub za długiego trwania pojedyńczych posiedzeń (przyp. 22).

7) Odnośnie do przypadków przewłocznéj cieśni krtaniowéj należy zaznaczyć, że świeczki cynowe zdają się chorego mniéj narażać na ewentualność odleżyn w krtani, aniżeli rurki Schroettera, rozumie się przy rozsądném, oględném i łagodném postępowaniu. Pozorny ten paradoks tłumaczy się tą okolicznością, że rurki skutkiem swojéj długości i swego zgięcia działają podczas wszelkich poruszeń krtani i gardła w ogólności tak oddechowych jakoteż połykowych według zasady drążka dwuramiennego z oparciem o nagłośnię i oddziaływają w skutek tego na krtań ciągle jako uraz, podczas gdy świeczki tylko w całości jako ciało szczelnie utwierdzone wraz z krtanią poruszają się i namienionego ubocznego działania nie sprawiają.

8) Mylne jest twierdzenie Schroettera (*Laryngolog. Mittheilungen. Jahresbericht* 1871—1871 str. 47) jakoby powikłania wywołane sposobem leczenia (jak właśnie namienione odleżyny) nie dawały powodu do przerwy w leczeniu, a pod rubryką powikłań takich przytacza co następuje: *„wenn man zu rasch vorgeht, kommt es zu starken Hals- und Kopfschmerzen, Fieberbewegung, selbst zu neuen Perichondritiden und Oedemen.“* Tu zwracam nawiasowo uwagę szan. Czytelników, że Schroetter nie wspomina w téj rubryce o odleżynach (wrzodach odleżynowych), których tyle przykładów dostarcza moja kazuistyka. Moje własne doświadczenie dyktuje tę przestrogę, ażeby nie postępowano w takich razach w myśl Schroettera, jeno zwolna udzielając choremu należytego odpoczynku. Przesada i pośpiech w takich razach doprowadza ewentualnie do tracheotomii, któréj się chciało uniknąć (22 przyp.), lub wstrzymuje postęp leczenia a częstokroć zniewala ostatecznie do cofnięcia się wstecz w skali numerów niwecząc osiągnięty już skutek (przyp. 9ty); urazowa zaś *perichondritis* może łatwo zakończyć się przy takiéj zasadzie postępowania obumarciem i

wydzieleniem chrząstek zamieniając tym sposobem przypadek uleczalny na nieuleczalny!—Analogija w téj mierze z cieśnią cewki moczowéj przemawia równie przeciw przerzeczonéj zasadzie Schroettera; a mianowicie wiadomo dostatecznie, że przy zbyt natężonym sposobie leczenia cieśni cewki moczowéj powstaje częstokroć nawet bez uszkodzenia mechanicznego błony śluzowéj ropne zapalenie tkanki łącznéj dokoła cewki, potęgujące w swoim ostatecznym rezultacie uporczywość cieśni.

9) Tak świeczek cynowych jakotéż rurek można używać w przypadkach przewłocznéj cieśni krtaniowéj *à demeure*. Co do pierwszych doświadczenie przemawia na korzyść takiego sposobu użycia; co do drugich już sama potrzeba odżywiania chorego przemawia przeciw takiemu sposobowi używania ich; zresztą analogicznie z doświadczeniem w zakresie cieśni cewki moczowéj, które poucza, że długie trwanie pojedyńczych posiedzeń działa mniéj korzystnie, należy i zastósowanie rurek Schroettera w cieśni krtaniowéj ograniczać do krótkich posiedzeń (od 10 minut do godziny lub nieco dłużéj).

10) W przypadkach bardzo znacznéj cieśni krtaniowéj z charakterem przewlocznym należy być bardzo oględnym i ostrożnym w pierwszéj fazie leczenia, jeżeli się pominęło tracheotomiję, a mianowicie w stopniowaniu numerów rurek i wyznaczaniu terminu trwania pojedyńczych posiedzeń należy być bardzo skrupulatnym, chcąc uniknąć ewentualnéj potrzeby doraźnéj tracheotomii lub śmierci chorego przed lub mimo ewentualnie uskutecznionéj tracheotomii (przyp. 11, 22, 25). W przypadkach téj kategoryi naraża się na szwank metodę zachowawczą, jeżeli się nie ma możności należytego dozorowania chorego, pewniéj zaś działa się stósując tracheotomiję jako wstępny środek.

11) W takich zaś właśnie przypadkach jak wymienione pod 10), jeżeli skutkiem jakiegokolwiekbądź błędu w zastósowaniu metody leczenia wystąpiła nagła i znaczna reakcyja, nie należy zbyt długo ociągać się z tracheotomiją i dużo liczyć na rurki *à demeure*, gdyż zazwyczaj doraźnie rozwija się obrzęk płuc, któremu chorzy ulegają (przyp. 1, 11 i 15).

12) W przypadkach przewłocznéj cieśni krtaniowéj polegającéj na zapalnych naciekach zdolnych do wessania można prawie z pewnością liczyć na pewny skutek bodaj względny przy oględném, wytrwałém i rozumném postępowaniu; w okresie zaś gotowych blizn skutek jest z góry wątpliwy, a przy metodzie ściśle zachowawczéj nie da się żaden skutek osiągnąć (przyp. 26). W połączeniu z metodą czynną *(Scarificatio, Discissio, Cauterium actuale)* można skutek osiągnąć, atoli według wszelkiego prawdopodobieństwa tylko czasowo, tak jak o tém poucza doświadczenie w zakresie cieśni cewki moczowéj, które jeżeli są natury bliznowéj, są przy metodzie zachowawczéj bezwzględnie nieuleczalne (*unheilbare Schwundstricturen* — Dittel) przy pomocy zaś cięcia cewki bądź wewnętrznego (*Urethrotomia interna*) bądź zewnętrznego (*boutonnière*) stają się względnie i tylko czasowo uleczalnemi.

13) Właśnie ta analogija z cieśnią cewki moczowéj chroni metodę Schroettera od ewentualnego zarzutu, jakoby skutkiem nieuleczności téj pewnéj kategoryi przypadków traciła na wartości, albowiem tak jak sposób leczenia cieśni cewki za pomocą rozszerzania nie przestaje być cenną metodą, mimo że kategoryja cieśni bliznowych stawia jéj niepokonalny opór, tak się téż rzecz ma i z metodą Schroettera.

14) Zastępując tracheotomiję w przypadkach ostréj cieśni użyciem rurek Schroettera *à demeure* należy chorym jasno i kategorycznie przedstawić potrzebę i donioslość rurek, aby przez ciekawość lub niecierpliwość nie kusili się w nieobecności lekarza takowe wyjmować, albowiem łatwo może nastąpić katastrofa, zanim lekarz zdoła przybyć z pomocą (przyp. 15). Przy braku inteligencyi u chorego i należytego dozoru pewniéj się działa przez uskutecznienie z góry tracheotomii.

15) Wprowadzanie świeczek i rurek powinno, o ile możności, odbywać się przy pomocy wziernika, a w każdym razie ostrożnie i łagodnie. *Catheterisme forcé* należy wyrugować z dziedziny laryngologicznéj, jak go wyrugowała chirurgija z zakresu terapii cieśni cewki moczowéj; osobliwie zaś u dzieci należy być bardzo oględnym przez wzgląd na delikatność i wiotkość tkanin dziecięcego organizmu. (Przyp. 20 poucza, jak łatwo można uszkodzić błonę śluzową u dzieci).

16) Jako *curiosum* i możliwą ewentualność pozwolę sobie przytoczyć z kazuistyki Schroettera (l. c. 45 lub *Beitrag zur Behdlg. der Larynxstenosen* 1876 str. 12), że chory połknął świeczkę cynową wraz z długą nitką skutkiem przypadkowego odpadnięcia szczypczyków, umocowujących ją w kaniuli.

17) Mimo wymienionych możliwych ewentualności przy metodzie Schroettera należy ją uważać za znakomity postęp w zakresie terapii chorób krtaniowych.

IV. Hydroterapija a suchoty płucne.

Podał **Dr. Stanisław Smoleński.**
Lekarz zdrojowy w Gleichenbergu.

Minęły już na szczęście czasy, kiedy to lekarz patrzał na chorego i sprawę chorobową okiem anatoma; nie wolno nam już zakładać obojętnie rąk przy łóżku chorego, gdyż mamy to przekonanie, oparte na doświadczeniu, że lekarz ma dziś obowiązek być nietylko obserwatorem, lecz że chorych leczyć może i powinien. Postęp to wielki i przeobrażenie pojęć zbawienne!

Niestety zwrot ten w zasadzie dobry, zdaje się przerzucać pewną część lekarzy w drugą ostateczność: oszołomieni wielkiemi postępami terapeutycznemi w medycynie zdają się niektórzy zapominać o zmianach anatomicznych w przebiegu wielu chorób i karmią się złudną nadzieją osiągania skutków leczniczych ze stanowiska anatomicznego niekiedy prawie wręcz niepodobnych. W miejsce zimnych i szkodliwych skeptyków pojawiają się nie rzadko gorący ale nie mniéj szkodliwi zapaleńcy, którzy, w dobréj czy złéj wierze, chcąc dokazywać cudów leczniczych głoszą nowe ewangelije lekarzom, a bałamucą chorą publiczność. Rok temu przeszło podjęliśmy rozbiór głośnéj sprawy leczenia suchót płucnych za pomocą wziewań rozczynu będźwinianu sodowego, inaugurowaną przez Dra Prokopa Rokitanskiego w Insbruku (Dr. Smoleński: Inhalacyje rozpylonych płynów itd. *Przegląd Lek.* 1880 nr. 5 i 6). Sprawa owa błysnęła i zgasnęła jak błędny ognik i nic po niéj nie zostało krom trochy kopcącego dymu rozczarowania.... A przecież Rokitansky miał przynajmniéj za sobą jakąś logikę, popierały go teoryje Klebsa itd., których wolno nie przyjąć ale z któremi obliczać się należy.

Życzyćby należało w interesie powagi nauki lekarskiéj i dobra chorych, aby wszystkie podobne ewangelije terapeu-

tyczne podległy tak wszechstronnéj ocenie i rozbiorowi krytycznemu, jak swego czasu nauka Rokitanskiego, gdyż zaniedbane lub lekceważone rozrastają się jak chwast, znajdują łatwowiernych i nieobliczoną przynoszą szkodę nauce, aczkolwiek mogą być często nader korzystnemi dla lekarzy, którzy je głoszą lub niemi się posiłkują.

Do takich ewangelij *sui generis* należy znów leczenie suchót płucnych za pomocą pewnych specyjalnych zabiegów hydroterapeutycznych.

Nie mam zamiaru rozbierania szczegółowo na tém miejscu wartości leczniczéj w przebiegu powyższéj choroby okładów lodowych lub z zimnéj wody, t. zw. obmywań, zlewań, nacierań, natrysków miejscowych na klatkę piersiową itp., gdyż zabiegi powyższe jako pomocnicze i symptomatyczne z mniéj lub więcéj ściśle oznaczoném wskazaniem i działaniem fizyjologiczném znalazły już zasłużone po większéj części prawo obywatelstwa już to w zapobieganiu, już to w leczeniu zmian chorobowych w płucach, szczególnie zaś w zwalczaniu pewnych przykrych, a nawet niebezpiecznych, objawów i następstw suchót płucnych. Chciałbym tym razem zastanowić się bliżéj nad t. zw. opaskami piersiowemi (*Kreuzbinden*), które z pewnych stron sławione są, jako prawie niezawodny środek leczenia „gruźlicy“.

Zanim do tego przystąpię, niech mi wolno będzie przytoczyć w najogólniejszych zarysach racyjonalne wskazania do użycia i stósowania w suchotach płuc wzmiankowanych powyżéj różnych procedur hydryjatrycznych. Wspomnieć tu muszę przedewszystkiém o znanym zakładzie Dra Brehmera w Goerbersdorfie, urządzonym prawie wyłącznie do leczenia chorób piersiowych, mianowicie suchót płucnych. Pomiędzy zabiegami terapeutycznemi stósowanemi tamże niepoślednie miejsce zajmują bowiem również procedury hydryjatryczne. Polegaja one, jeśli nie ma innych specyjalnych wskazań, na pielęgnowaniu i wzmacnianiu skóry, zbyt często u suchotników z obawy zaziębienia zaniedbanéj. Należą tu wykonywane codziennie t. zw. nacierania całego ciała, tudzież, w miarę odporności ustroju na bodźce termiczne, natryski. Ostatnie przeciwwskazane są u suchotników skłonnych do krwotoków płucnych. Nacierania Brehmer urządza inaczéj niż w innych zakładach, gdzie dziś powszechnie w następujący przeprowadza się je sposób. Prześcieradło zmoczone w wodzie o oznaczonéj w każdym przypadku ciepłocie (w ogóle 10—20° R.) i wykręcone zarzuca się na chorego i owija niém szczelnie od stóp do szyi, poczém kąpielowy obiema rękoma naciera prześcieradło na przemian po całém ciele, wywierając mniejszy lub większy nacisk według istniejącéj potrzeby większego lub mniejszego zadrażnienia skóry. Działanie téj procedury zależy: 1) od ciepłoty wody, 2) od ilości wody (ilości ciepłostek) w prześcieradle, co zawisło od mniéj lub więcéj silnego jego wykręcenia, 3) od grubości prześcieradła (drażnienie mechaniczne), 4) od czasu trwania procedury, 5) od siły, z jaką służący naciera. Pinoff, lubujący się w działach i poddziałach, powiada, że działanie nacierań zależy również od pozycyi chorego, t. j. czy tenże podczas tego stoi, siedzi lub leży.

Brehmer zaś postępuje inaczéj: chorego zmywa się gąbką napojoną wodą odpowiedniéj temperatury, następnie służący naciera całe ciało rękawiczką (*Frottirhandschuh*) a nareszcie osusza prześcieradłem.

Podobnie jak w Görbersdorfie posiłkują się i inne zakłady przeznaczone dla leczenia suchotników hydroterapiją, mianowicie Davos, gdzie skutki lecznicze osiągane natryskami nazywa Spengler znakomitemi, tudzież Falkenstein, zakład Dra Dettweilera.

Procedury wodne używane w powyższych i wielu innych zakładach są, jako skierowane do hartowania chorych, pielęgnowania i wzmacniania ich skóry, w ogóle racyjonalne i niezawodnie trzeba i im przypisać pewną część zasługi w otrzymywaniu dobrych stosunkowo rezultatów w wielu przypadkach suchót płucnych. Rozbierać szczegółowo wartość leczniczą hydroterapii na podstawie przypadków leczonych w powyższych zakładach, jest jednakże rzeczą wręcz niemożebną, gdyż głównemi działaczami leczniczemi tamże są: wyniesienie nad poziom morza (Görbersdorf 1700 stóp, Davos 4790 stóp itd.), przebywanie prawie ciągle na dworze, specyjalnie zastósowana dyjeta (tłuszcze, napoje wyskokowe itd.)

Prócz wartości, że tak powiem, higijenicznéj mają zabiegi hydryjatryczne także swoje uprawnienie w suchotach płucnych jako leki symptomatyczne i na tém polega największa wartość hydroterapii w suchotach płucnych.

Wskazania do stósowania ogólnych procedur hydryjatrycznych w przebiegu choroby w mowie będącéj są następujące:

1) pielęgnowanie i hartowanie skóry,
2) zwalczanie trawiącéj gorączki,
3) „ rozpływnych potów,
4) „ uporczywych biegunek.

O zabiegach służących do wypełnienia pierwszego wskazania mówiłem już powyżéj.

Przeciw gorączce mogą być pożyteczne zmywania zimną wodą (12° R.), kąpiele (15—20° R.), zawijania wilgotne na 15—20 min. i t. zw. kąpiele prześcieradłowe z następowém oblewaniem.

Przeciwko potom: zmywania, dłużéj trwające kąpiele prześcieradłowe z następowemi oblewaniami itp.

Przeciw biegunkom mogą być pożytecznemi ogólne natarcia, głównie jednak okłady zimne miejscowe na brzuch, zmieniane co 20—30 min.

Inne procedury hydryjatryczne, jak okłady zimne na głowę (przy uporczywym bólu głowy), na klatkę piersiową (w bólach lub krwotokach piersiowych), tudzież t. zw. okłady i opaski wygrzewające (brzuszne, szyjne itd.) mogą być przy pewnych wskazaniach pożytecznemi.

Po tym ogólnym, a bynajmniéj nie wyczerpującym, rysie używanych dziś w suchotach płucnych procedur hydryjatrycznych, często nader pożytecznych jako środki symptomatyczne, wracam do głównego mego zadania, tj. do zastanowienia się nad t. zw. opaskami piersiowemi, które niektórzy sławią jako środek niemal specyficzny leczący „gruźlicę“.

Opaski piersiowe zakładają się w sposób następujący: Dwa kawały grubego płótna (t. zw. opaski Prysznicowskie) mające 2—2½ metra długości, szerokości około 20ctm. zwija się osobno tak jak opaski chirurgiczne. Jednę z nich zanurzoną w zimnéj wodzie i silnie wykręconą zakłada się bezpośrednio na skórę w postaci ósemki około klatki piersiowéj, poczém w ten sam sposób pokrywa się ją drugą opaską suchą a przymocowuje tasiemkami przyczepionemi do końca opaski zwiérzchniéj.

Jaki może być wpływ powyższych opasek na płuca?

W przeciwstawieniu do zwykłych okładów zimnych t. zw. tamujących zowią je hydroterapeuci podniecającemi. Czy w nazwie téj (wcale nienaukowéj — Runge) znajdziemy może klucz do zrozumienia ich działania?

Rozumiemy, że zetknięcie zwilżonéj w zimnéj wodzie opaski z ciałem wywoła w pierwszéj chwili zadrażnienie nerwów skórnych, że drogą odruchową wywoła parę lub kilka głębokich wdechów, jednakże łatwo pojąć, że do zmian tych nie można przywiązywać jakiéjkolwiek wagi w leczeniu suchót płucnych, gdyż owe zmiany odruchowe są małoznaczne a przy tém rychło przemijające. Zresztą istotne i właściwe działanie opasek polegać ma na następowém ogrzaniu ich do ciepłoty skóry a przybliżeniu nawet do temperatury krwi. Jeżeli Czerwiński sądzi (*Compend. d. Thermother.* str. 111), że w podobnych warunkach: „*sich nach und nach eine immer grössere Wärme entwickelt, welche den normalen Temperatursgrad des Menschen schon übersteigt und noch immer grösser wird(!)*“, to jest to mniemanie błędne. W obec takiéj logiki nic dziwnego, że i dalsze rozumowanie tegoż autora, mające nam tłumaczyć działanie zawijań, resp. opasek piersiowych, jako następstwo i skutek owego wrzekomo ponad ciepłotę ciała podniesionego ciepła opasek, nie ma i mieć nie może żadnéj wartości.

Bądź co bądź klatka piersiowa zawartą jest wśród takiéj opaski niejako w parni, co sprowadza zwykle rozszerzenie naczyń skórnych klatki piersiowéj a tém samém skutkiem zmniejszenia oporu w naczyniach nieznaczne zwolnienie ruchów serca. Wyrażenie o zmienioném drogą odruchową unerwieniu itp. jest ogólnikowe i tak dowolne ma znaczenie, że nie można go brać w rachubę. Heymann i Krebs mówią także o napęcznieniu końcówek nerwów czuciowych ciepłą parą wodną, która to hypoteza niczego nam nie tłumaczy a z natury swéj jest nieprzystępną dla jakiéjkolwiek krytyki.

Widocznem i głównem zatém następstwem jest przekrwienie skóry na klatce piersiowéj, co dla narządów wewnętrznych może mieć tylko to następstwo, że w pewnéj mierze zmniejszy się ilość krwi dopływającéj do płuc.

Wręcz dowolném jest przypuszczenie Lauder-Brintona (*On Irritants and Conterirritants St. Bartholom. Hosp. Rep. X. 1875*), że równocześnie z rozszerzeniem naczyń skórnych nastaje skurcz naczyń części głębokich drogą odruchową.

Opaska piersiowa może więc według tego, cośmy dotychczas powiedzieli, wywołując rozszerzenie naczyń skórnych zmniejszyć napływ krwi do płuc, zmniejszyć tém samém wydzielinę nieżytową w oskrzelach, a skutkiem tego łagodzić kaszel. Zdanie Winternitza (*Hydrotherapie* II, 84), jakoby „skutkiem napęcznienia nerwów skórnych w łaźni parowéj (ogrzanéj opasce) rozrzedzała się wydzielina oskrzelowa, ułatwiało odkrztuszanie itd.“ nie odpowiada właściwemu działaniu opasek piersiowych.

Łatwo zrozumieć *a priori*, że opaska piersiowa wywiera pewien wpływ na ciepłotę śródklatkową. Winternitz (II, 85) badał w jamie ropnéj okołopłucnowéj temperaturę blaszki żebrowéj opłucny. Wypadek tych badań termometrycznych jest prawdopodobny, chociaż możnaby zarzucić Winternitzowi nieuwzględnianie wahań dobowych ciepłoty ciała. Według tego w pierwszych 20 min. ciepłota obniżyła się w jamie ropnéj o 0·1° C. a w ciągu następnych godzin podniosła się o 0·2° C. ponad temperaturę pierwotną. Pierwsze zetknięcie się zimnéj opaski z ciałem można tu uważać za przyczynę nieznacznego spadku ciepłoty; czy małe następowe podniesienie można uważać za następstwo utrudnionéj utraty ciepła przez szczelne zawinięcie klatki piersiowéj, jest rzeczą wątpliwą.

Zakładając zatém opaski piersiowe chcemy sprowadzić długotrwałe rozszerzenie naczyń skórnych przez utrudnienie promieniowania ciepła.

W procedurze téj nie ma, jak widzimy, nic swoistego, nic coby się według Winternitza miało przyczyniać do rozpuszczania i wsysania starych i stężałych wypocin, oraz ostrych i chronicznych wytworów zapalnych. Apelowanie do możebnych „zmian w życiu komórek“ itp. (Winternitz) jest odnośnie do suchót płucnych frazeologiją, niczém więcéj.

Na jakiéj zasadzie może Günzberg spodziewać się po opaskach piersiowych leczenia i wyleczenia gruzełków, trudno pojąć.

Według tego, cośmy wyżéj powiedzieli, racyjonalnemi ze stanowiska teoretycznego byłyby opaski piersiowe w zmianach zapalnych płuc ze skłonnością do przekrwień płucnych, ale w jaki sposób mają one być pożytecznemi w sprawach chorobowych, w których przeważa niedokrewność, skąpe unaczynienie i ucisk naczyń krwionośnych przez wypociny komórkowe? w sprawach, w których możebnym warunkiem leczenia jest właśnie, jak na to szczególnie kładzie nacisk Rindfleisch, a za nim powtarzają Rhoden i Winternitz, obfity dowóz cieczy, przesiąknięcie wypocin krwią? Opaski tego wcale nie czynią, jakże się więc po nich spodziewać rzeczy niepodobnych? Oddychanie wilgotném powietrzem a nawet powiększony dowóz cieczy przez przewód pokarmowy odpowiadałyby prędzéj temu wskazaniu (racyjonalnemu jednakże tylko w postaciach suchót płucnych) aniżeli opaski piersiowe. Jeżeli niektórzy powiadają, że w opaskach piersiowych rozporządzają t. zw. klimatem prywatnym dla skóry, który porównywają z wilgotném ciepłém powietrzem Madeiry (Winternitz II, 96), to jest w tém więcéj krasomówstwa niż logiki.

(Dok. nastąpi).

V. Objawy chorobowe w czasie pierwszego ząbkowania.

Podał Dr. Antoni Lachowicz,

Niektóre z tych objawów nie mają większego znaczenia, spostrzegamy je najczęściéj u dzieci wątłych, których odżywianie jest niedostateczném; inne zaś ważne już same przez się, jakotéż z przyczyny następstw, które mogą wywołać, wymagają całéj naszéj uwagi. Do takich należą częste wymioty, silna biegunka z wydzielinami żółtemi lub zielonemi, nadmierne ślinienie, drgawki, zapalenie spojówki ocznéj, zapalenie błony śluzowéj przewodu pokarmowego i oddechowego, niektóre wysypki skórne.

Każden z tych przypadków współczulnych wymaga środków właściwych; przeciwko zaś przyczynie ich, to jest przeciwko zadrażnieniu błony śluzowéj jamy ustnéj, wywołanemu przez ząbkowanie, polecam następujące środki:

W razie obrzmienia zapalnego, bolesnego dziąseł, czemu towarzyszy podniesiona znacznie ciepłota w ustach i wielkie pragnienie, polecam przedewszystkiém napoje łagodzące, tak dziecku, jakotéż i mamce. Dla należytego podtrzymania wypróżnień stolcowych zalecam nieco słodkiéj serwatki i lewatywkę z dodatkiem szczypty soli. W celu zapobieżenia nawałom do mózgu i drgawkom używam środków odciągających, jako to synapizmów lub wizykatoryj za uszkami. Miejscowo każę pomazywać dziąsła bolące następującym płynem, zwilżywszy poprzednio koniec palca (czystego) lub pędzelek zwykły kilku kroplami tegoż płynu:

Rp. Glycerini anglic. 30 *gr.*
Chloroformi 0.50— 1 *gr.*
Tinct. croci 0.50 — 1 *gr.*

Płynu tego używam z bardzo pomyślnym skutkiem także w świądzie u ząbkujących, nawet gdy nie ma zapalenia, tylko zadrażnienie dziąseł połączone z bólem, z przyczyny którego dzieci stają się niespokojne, płaczą, krzyczą, spać nie mogą. Skład powyższego płynu jest bardzo racyjonalny, jeżeli uwzględnimy działanie kojące gliceryny i chloroformu w różnych przeczulicach, jakotéż działanie resolwujące szafranu, uznane już przez Hipokratesa.

Uważam za niepotrzebne, a nawet czasem i za niebezpieczne nacinanie dziąseł, jak to wykażę opisem następującego przypadku.

Pewien lekarz uznał za potrzebne u synka swego, mającego pięć miesięcy, dobrze zbudowanego, lecz z powodu wczesnego odłączenia i następnéj biegunki nieco osłabionego porobić nacięcia dziąseł obrzękłych, któréj to okoliczności przypisywał niespokój i bezsenność dziecka. Nacięcia krwawiły miernie i nic szczególnego nie spostrzeżono. We cztery dni późniéj uznał za potrzebne ponowić te nacięcia, z których jedno krwawiło dłużéj niż zwykle i dopiero po użyciu środków szczmiących we dwa czy téż trzy dni krwawienie to uśmierzone zostało. Lecz zaledwo z tego nacięcia krew zaprzestała odpływać, gdy inne się otworzyło i krwawiło. Stan ten trwał aż do śmierci dziecka, całych dni dwanaście. W ciągu tego długiego czasu zostały użyte wszystkie możliwe środki, z największą troskliwością i starannością. Krwawienie nieustawało aż do śmierci dziecka, która nastąpiła we trzynaście dni po pierwszém nacięciu. Krwawienie to było tak nieustającém pomimo użycia wielkiéj liczby środków odpowiednich, że może to nie będzie niestosowném, jeżeli środki te tutaj wyliczę; oto one: rozczyn półtorachlorku żelaza; rozczyn nasycony z halunu i siarkanu zynku z dodatkiem kwasu siarkowego; nasycony rozczyn saletranu srebra; saletran srebra krystaliczny; kwas garbnikowy i kwas galusowy w proszku; siarkan miedzi krystaliczny; olejek terpentynowy; męszaniny chłodzące, żegadło, kompresiki napojone rozczynem kwasu garbnikowego i przytrzymywane palcem; węgiel; rozczyn wyskokowy dwuchlorku rtęci; kwas saletrowy; półtorachlorek żelaza płynny z dodatkiem kwasu solnego. Jedynie tylko saletran srebra krystaliczny powstrzymał krwawienie na kilka godzin; lecz po odstaniu strupka, wytworzonego przyspieszonym ruchem policzków i szczęk, krwawienie znowu się rozpoczęło. Wszystkie inne środki wyżéj wymienione, nie wyłączając żegadla, nawet chwilowego nie wywarły skutku. Ponieważ żołądek dziecka dobrze znosił pokarmy, przeto starano się wprowadzać do ustroju jak najmniéj z wiekiem dziecka zgodnych pokarmów, zdolnych wynagradzać ubytek pierwiastków protejnowych, przy zadawaniu równoczesnem kropli żelaznych i wina.

Czemu przypisać należy ten krwotok? *Diathesis haemorrhagica?* Nie sądzę, ponieważ pierwszy raz zrobione nacięcia nie wykazały nic nieprawidłowego. Nie było także podstawy do przypuszczenia jakiegoś skorbutycznego składu krwi; w ostatnich dniach krew była więcéj bladą i więcéj zawierała surowicy; lecz poprzednio była czerwoną i ani wyglądem swoim, ani téż pod drobnowidem nie okazywała nic niezwykłego, nieprawidłowego. Tętno było dobre, wargi i dziąsła w początkach prawidłowo zabarwione. Krew nie tryskała, lecz odpływała równo i ciągle.

Nie napotkawszy w praktyce mojéj krwawienia tak uporczywego, pomimo użycia tylu i tak dzielnych środków, i nie przypuszczając, żeby po nacięciach zwykle nieszkodliwych, a tak często przez wielu lekarzy robionych, z korzyścią, jak utrzymują, a przynajmniéj bez złych następstw; sądziłem, że podanie tego przypadku do wiadomości nie będzie bezkorzystném.

VI. Oceny i sprawozdania.

Ligatura katgutowa.

Wykład Józefa Listera miany w Towarzystwie kliniczném w Londynie 28 stycznia 1881 roku.

W chwili, gdy Lister po raz pierwszy wprowadził katgut do podwiązywania naczyń przy przeciwgnilném leczeniu ran, zdawało się, że materyjał ten uczyni zadość wszelkim wymaganiom, tém bardziéj, gdy Lister sam przekonał się, że nawet w przypadkach ran mocno ropiejących lub posokujących katgut przecie ulega zupełnemu wessaniu. Wkrótce jednak odezwały się z różnych stron głosy, podnoszące ujemne strony katgutu. Kilkakrotnie spostrzeżono wczesne rozejście się brzegów ran zespojonych katgutem, przy podwiązywaniu naczyń pojawiały się krwotoki następowe; wielu téż chirurgów wróciło napowrót do podwiązywania naczyń jedwabiem aseptycznym, odcinając jednak oba końce nitki zupełnie krótko, w nadziei, że i jedwab ulegnie wessaniu lubo znacznie późniéj. Nadzieje te jednak zawiodły a Lister sam przytacza przypadek, w którym przy wycięciu gruczołu tarczykowego założył w braku dość silnego katgutu 6 ligatur konopianych i odciął ich końce krótko. Jednak w miesiąc potém odeszła wśród małego ropienia pierwsza a w 8 miesięcy ostatnia nitka zupełnie niezmieniona. Przy bliższém badaniu tych nitek okazało się, że napojone one były cieczą kwaśno oddziaływającą a wśród ich włókien znalazł Lister masę złożoną z grzybków Granuligera, które wznieciwszy kwaśne kiśnienie były bezwątpienia przyczyną ropienia w otoczeniu nitki. Katgut więc pozostał najodpowiedniejszym materyjałem: Lister sam używał go w 9 przypadkach podwiązania większych naczyń *in continuitate*, a ani razu nie widział potém złych następstw. Pomyślne te wyniki przypisuje L. głównie dwom czynnikom, po pierwsze że zawsze przed użyciem katgutu wypróbował go, czy jest rzeczywiście dobrze przyrządzony, a powtóre że aż do zupełnego zabliźnienia się rany używał opatrunku ściśle aseptycznego. Sądzi bowiem L, że dopóki znajduje się rana choćby na pozór zupełnie powierzchowna, to przecie dostać się może pierwiastek zakaźny aż do niewessanéj jeszcze nitki katgutu, wywołać tam ropienie i stać się przyczyną krwotoku następowego. Doświadczenie zatém Listera jest najlepszym dowodem, że na katgut starym sposobem, byle dobrze, przyrządzony można się zupełnie spuścić. Jednak dawny ten sposób ma jedną wielką niedogodność, mianowicie, że wymaga dużo czasu. Potrzeba bowiem najmniéj 2ch miesięcy, aby katgut był dostatecznie przyprawiony, lepszy on jest po 6 miesiącach a jeszcze lepszy po roku. Jest to więc, jak powiedziano, wielka niedogodność, gdyż robi ona wynik operacyi zależnym niejako od fabrykanta, który nie znając ważności dostatecznie długiego przyprawiania katgutu, może dostarczyć materyjału zanadto świeżego i w ten sposób zniweczyć całą pracę chirurga. Aby więc zapobiedz téj niedogodności, starał się Lister wynaleźć sposób przyrządzania katgutu, któryby

odpowiadał wszelkim wymaganiom, a wymagania te są: krótki czas potrzebny do zupełnego przyprawienia, dostateczna siła nitki nietylko suchéj, ale także i po leżeniu jakiś czas w ciepłéj surowicy krwi, aby węzeł raz zawiązany nie wolniał, aby nitka nie była zanadto twarda i niezdatna do wessania, aby z drugiéj strony wessanie jéj nie następowało zanadto prędko i aby ono postępowało jedynie od powierzchni nitki tak, aby pozostała jeszcze jéj część nie traciła swéj siły. Widzimy zatém, że nie tak łatwo zadość uczynić wszystkim tym warunkom i nie dziw, że Lister potrzebował 2 lat czasu na robienie różnych doświadczeń, nim zdołał znaleźć sposób przyprawiania katgutu, który ma być zupełnie odpowiedni. Sposób ten jest następujący: Jeden gram kwasu chromowego rozpuszcza się w 4000 gramach wody przekroplonéj i dodaje się do niéj 200 gramów czystego kwasu karbolowego; poczém natychmiast, nim przez wzajemne działanie obu tych kwasów na siebie przyjdzie do utworzenia osadu, zanurza się do powyższego rozczynu 200 gramów katgutu, zatém ilość co do wagi tę samą co i kwasu karbolowego. Nie można dać katgutu mniéj, gdyż stałby się zanadto przyprawionym (*überpräparirt*) i niezdatnym do wessania, ani też więcéj, gdyż w takim razie byłby za mało przyprawiony i za mało oporny. Po wyjęciu katgutu z powyższego rozczynu (szkoda tylko, że L. nie podał, jak długo ma w nim pozostawać) suszy się go a następnie przechowuje w 20% oleju karbolowym. Siła tak przyrządzonego katgutu zależy od materyjału, z jakiego był robiony, gdyż po pierwsze nie każdéj owcy kiszka jest zarówno przydatna do wyrabiania z niéj strun, a powtóre kiszka musi być zupełnie świeża niegnijąca. Te dwa warunki zależne są naturalnie jedynie od fabrykanta, trzeci jednak czynnik jest ten, aby tak przy moczeniu katgutu, jak i przy suszeniu nitka była naprężona, np. przez owinięcie jéj na walcu, do którego oba jéj końce zostały przytwierdzone; w ten tylko bowiem sposób można zapobiedz rozkręcaniu się nitki i utracie jéj wytrzymałości.

Według doświadczeń Listera nitka dobrego katgutu o 0·0267 cala średnicy przerywa się dopiero przy obciążeniu jéj przez 13 funtów i 6 uncyj. Po półgodzinném leżeniu w ciepłéj surowicy krwi zerwała się ona przy obciążeniu 11 funtami 4 uncyjami, jest to zatém wytrzymałość zupełnie dostateczna dla celów chirurgicznych. Wreszcie odpowiada Lister na pytanie co do sposobu wsysania katgutu. Według doświadczeń jego surowica ani świeża ani rozkładająca się nie ma wpływu na wessanie nitki katgutowéj. Dowodzi tego już i ta okoliczność, że tylko ta części szwu katgutowego bywa wessana, która tkwi wśród tkanin, część zewnętrzna zaś, lubo będąca ciągle w zetknięciu z wydzieliną rany, pozostaje niezmieniona. Zmiany spostrzegane na nitce leżącéj wśród tkaniny zależą głównie od sposobu jéj przyprawienia. Katgut zły zostaje już po kilku dniach przejęty na wskróś komórkami nowoutworzonemi, zamieniając się na masę miękką, papkowatą. Przeciwnie, wsysanie katgutu odpowiednio przyrządzonego postępuje jedynie od powierzchni, która jest jakby wygryziona przez otaczające ją komórki, lecz pozostała część nitki zostaje niezmieniona czyniąc tym sposobem zadość głównemu warunkowi, to jest, aby ligatura nie traciła swéj mocy aż do zupełnego jéj wessania, do czego według doświadczeń potrzeba 2 do 3ch tygodni, zatém czasu wystarczającego do stałego zaczopowania się podwiązanego naczynia (*Berlin. klin. Woch.* 1881, Nr. 13 i 14.)

Nie od rzeczy może będzie wspomnieć przy téj sposobności o następnym przypadku. Z początkiem marca wykonałem w klinice prof. Bryka amputacyę uda, z powodu nowotworu rakowego podudzia. Do podwiązania drobniejszych naczyń użyłem katgutu Nr. 3. Tętnicę i żyłę udową podwiązano zwykłą ligaturą z jedwabiu karbolizowanego. Przebieg był zupełnie aseptyczny, jednak w 17 dniu po operacyi znalazłem, ku wielkiemu memu zdziwieniu, wśród skąpéj wydzieliny ropnéj 3 ligatury katgutu prawie zupełnie niezmienione. Ligatura jedwabna odeszła dopiero w 6 dni potém. Pokazuje się zatém, że także katgut dawnym sposobem przyrządzany może nie uledz wessaniu, lecz być wydalony przez ropienie jak zwykła nitka jedwabiu.

Dr. Schramm.

Istota trądu.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 15).

Drugim ważnym badaczem trądu jest Neusser z Wrocławia (*Zur Aetiologie des Aussatzes. Breslauer ärztl. Zeitschrift* Nr. 20 i 21). Dociekał on istoty jego w preparatach przywiezionych z Norwegii, a wyciętych nietylko z guzów skórnych lecz i z wątroby, śledziony, nerek, jąder, gruczołów chłoniczych, nerwów i rogówki. Wynik badań jego:

A) w ogólności jest następny. Znalazł w bardzo obfitéj ilości:

I. Takie dwoinki (*schizomycetes*), które nietylko on sam lecz i specyjaliści w téj mierze Cohn i Koch uznali za odrębne od dotąd widzianych. Najpodobniejsze są do małych dwoinek, które Koch odrysował jako widziane u myszy chorych na posocznicę. Niedostrzegalne w preparatach niezabarwionych, ukazywały się najlepiéj przy zabarwieniach fuksyną tudzież po zapuszczeniu preparatów barwą fijołkową gencyjany.

1) Kształt ich wałeczkowy, długość równa mniéj więcéj połowie średnicy ciałka czerwonego krwi ludzkiéj, szerokość wynosi około ¼ część długości. Na preparatach, przedstawiających chorobę w późniejszych okresach rozwoju. N. widział rozpad wałeczków na ziarnka, które atoli różniły się od dwoinek gałeczkowych (*micrococci*).

2) Co do ugrupowania wałeczków, to albo leżą: *a)* jeden za drugim po 2—3, tworząc tym sposobem linię prostą a czasem skrzywioną, albo też *b)* ułożone są obok siebie po 6—7 w regularnych odstępach równoległych, albo nareszcie *c)* zgromadzone są w kępki.

3) Co do siedziby ich, to mieszczą się po większéj części: *a)* w komórkach wielkich, z których są złożone guzy i nacieki trądowe. Dwoinek bywa nierzadko tak wielka ilość, że komórki są niemi zapchane zupełnie. Pojedyncze ich okazy N. znajdował *b)* między komórkami w kanałach chłoniczych, wreszcie jako długie smugi widywał je *c)* między pasmami tkanki łącznéj, *d)* w naczyniach chłoniczych i *e)* krwionośnych.

II. Oprócz dwoinek uderzała N. w starszych naciekach trądowych emigracyja ciałek krwi z naczyń w tkankę otaczającą. Objaw ten spostrzegał na preparatach zarówno ze skóry, jak śledziony, gruczołów chłoniczych i prawdopodobnie jądra.

B) Przechodząc szczegółowo preparaty z każdéj badanéj części ciała, to

1) o ile w guzach skórnych (*f. leprae tuberosa*) największa znajdowała się ilość dwoinek, o tyle w preparatach wyciętych z części skóry, pozbawionych czucia, (*f. anaesthe-*

tica) i włożonych celem stwardnienia do kwasu osmowego, N. nie znajdował wcale dwoinek ani nic chorobowego w ogóle.

2) Po guzach skórnych najobfitszą w dwoinki częścią ciała okazała się śledziona, gdzie usadowione są kępkami.

3) W wątrobie znachodzą się wśród tkanki łącznéj międzyzrazikowéj.

4) W gruczołach chłoniczych sadowią się przeważnie w częściach obwodowych.

5) Rogówka przedstawiała prócz dwoinek ściemnienie z powodu komórek limfy, które wędrowały od brzegu ku środkowi.

6) Tylko nerka i nerw łokciowy okazały się wolnemi od nacieków trądowych a więc i dwoinek.

Na zasadzie powyższych spostrzeżeń N. uznaje zgodnie z Hansenem znalezione dwoinki wałeczkowe jako przyczynę trądu.

Trzecim badaczem jest lekarz szwedzki Eklund (*Elephantiasis Arabum s. lepra Graecorum*. Stockholm, 1879). Ten znajdować miał stale nietylko w guzach trądu tudzież kawałkach skóry nieczułych (*f. leprae anaesthetica*), ale i w świeżéj krwi trędowatych (czemu Hansen przeczy), wreszcie w moczu ich liczne twory jednokomórkowe, okrągłe, hyalinowe, które uważa za pasorzyty. Ze względu, że mnożą się przez dwojenie, uważa je za dwoinki (*schizomycetes*). Co do rozmiarów ich, te są tak małe, że 50—100 dwoinek mieści się wygodnie w komórce nabłonka brukowego. W preparatach z krwi świeżéj E. widywał je, poprzylepiane do brzegów ciałek krwi tak czerwonych jak białych, lub w środku tychże ciałek, przeświecające białawo jak kość słoniowa, i poruszające się, acz już wolniéj niż zewnątrz ciałek. Okoliczność, że dwoinki powyższe mnożą się bardzo powoli, wyjaśnia, zdaniem E., długi okres przyswojenia w trądzie, który zresztą autor ocenia na rok najwyżéj, acz z opowiadań chorych wynikaćby się zdawało, że twać może 7—8 lat. Szerzenie się trądu odbywa się, zdaniem E., przez zarażenie, ku czemu pomaga sposób życia ludności uboższéj w Norwegii, sypiającéj razem z trędowatymi i jedzącéj z nimi temi samemi narzędziami.

Z powyższego zestawienia wynika, że o ile wszyscy trzej przytoczeni badacze, zgadzają się na to, że chorzy na trąd żywią w swych ustrojach pasorzyty, o tyle różnią się w szczegółach. A mianowicie najprzód co do kształtu pasorzytów. Gdy Hansen mówi tylko o tworach małych, wałeczkowatych, drgających, a Neusser oznacza w przybliżeniu ich rozmiary: Ekland nadaje swym pasorzytom kształt galeczkowaty, przeźroczystość hyalinową i żywy ruch. Co do siedziby pasorzytów, to ostatni autor różni się także od dwu poprzednich. Twierdzi bowiem, że znajdował dwoinki między innemi w krwi świeżéj, czemu Hansen wprost przeczy, i w kawałkach skóry nieczułych, wbrew wynikom poszukiwań Neussera. Ad vocem odmiany trądu bezczulnéj nie od rzeczy będzie na zakończenie wspomnieć dodatkowo o wynikach pracy Czyrjewa, który badał rdzeń pacierzowy chorego na formę trądu bezczulną (*Gaz. med.* 1879, Nr. 13). Znalazł zanik komórek zwojowych, położonych w rogach tylnych rdzenia i w słupkach Clarkego. Kanał środkowy i jego najbliższa okolica pełna komórek okrągłych, małych, które C. uważa za nierozwinięte (embryjonalne). Takiemi samemi komórkami naciekłe ściany naczyń krwionośnych. Ściany te zgrubiałe. Natomiast istota rdzenia biała równie jak korzenie jego przednie i tylne prawidłowe. (*Viertelj. f. Derm. u. Syph.* 1880, str. 130—136).

Dr. Różański (Lwów).

R. Liveing: **Cukromocz w przewlekłym wyprysku skórnym.**

L. zwraca uwagę na częste powikłanie przewlekłego wyprysku skórnego (*eczema chronicum*) z cukromoczem. Szczególniéj dotyczą takie przypadki osób dobrze odżywionych z nadmiernie rozwiniętą podściółką tłuszczową. Autor sądzi, iż pierwszorzędném zboczeniem w tych przypadkach jest cukromocz (*glycosuria*) jako objaw zaburzonéj przemiany materyi, a wyprysk skórny cierpieniem następowém. Najracyjonalniejszym sposobem leczenia w mowie będących przypadków jest uszczuplenie dyjety; nie chodzi tu jednak bynajmniéj o zupełne usunięcie istót skrobiowatych i cukru; dyjeta ma być właśnie mięszaną lecz w skromnéj ilości. Pod wpływem tego postępowania autor uzyskał w wielu przypadkach zupełne usunięcie tak wyprysku jak i cukromoczu. (*The Lancet* 1881 I. 11). *Dr. Poniklo.*

Paulsen (z Hamburga): **Przyczynek do leczenia ostrego śluzoropotoku u dorosłych.**

A. przypisuje bardzo rychłe wyleczenie przypadku śluzoropotoku ostrego u chorego mającego lat 30, środkom, które zastósował, a które pod pewnym względem się różnią od tych, które dotąd stósowaliśmy. Chory się zgłosił w trzy dni po wystąpieniu choroby; powieki były bardzo obrzmiałe, spojówka powiek w najwyższym stopniu rozpulchniona i zaczerwieniona, spojówka zaś gałkowa otaczała rogówkę w kształcie wału. Rogówka szarawo naciekła, w środku téjże znajduje się głęboki wrzód, który zajmował mniéj więcéj $1/3$ téjże. Chory cierpiał na rzeżączkę. Leczenie było następujące: spokój, lodowe okłady stósowane bez przerwy przez dzień i noc. Autor zaleca do robienia okładów użycie woreczków kauczukowych, które się lodem napełnia, a które nie tylko oko ale także czoło, skronie i część twarzy pokrywają, w skutek czego ochładza się krew w tych sąsiednich częściach krążąca, która się także do spojówki dostaje. Co pół godziny przemywano oko i oddalano ropę. Do środków dezinfekcyjnych nie wielką przywięzuje wagę. Natomiast przypisuje pomyślny rezultat leczenia przedewszystkiém zastósowaniu natrysku zimnego. Obok łóżka dość wysoko umieścił wiadro wody o cieplocie 12—15°. Za pomocą kauczukowéj rury zlewał oko i twarz co godzina przez dzień i noc. Skutki miały być znakomite. Obrzmienie powiek zmniejszało się po każdorazowém natryskaniu, które dla chorego wcale nie jest nieprzyjemną rzeczą. Działanie lecznicze tłumaczy A. zwężeniem naczyń. Grubość słupa wody wynosiła 6 mm. Piątego dnia stan chorego o tyle się poprawił, iż zaniechano stósowania natrysku, a 14 dni późniéj był chory zdrów zupełnie. (*Zehenders klinische Monatsblätter*. Zeszyt grudniowy 1880). *Dr. Machek.*

Wiadomości pomniejsze.

(K. B.) **Leczenie chirurgiczne moczenia nocnego u dzieci.** Dr. Walker Whitehead zakłada dziecku spać się kładącemu bougie gałkowate (*à boule*) odpowiadające dokładnie długości cewki i sam je ustala. Skoro dziecko wstaje wyjmuje się bougie. W ten sposób postępując otrzymał Whitehead liczne wypadki uleczenia tego cierpienia. (*Paris méd*)

(K.B.) **Przypadek wyleczonéj moczówki cukrowéj.** Lekarz S. T. w Ameryce zapadł na ostry gościec stawowy. Po wyleczeniu się z takowego przy pomocy dwuwęglanu potasu, spostrzegł polyuryą. Przedsięwzięte badanie moczu wykazało obecność cukru 18%, ciężar gatunkowy moczu 1022. Odtąd poddał się najściślejszéj dyjecie, nie spożywając najzupełniéj żadnych istot skrobiowatych ani cukrowych i używając równocześnie *calcium sulph.* i strychnin. Ilość dzienna moczu zmniejszała się nagle, ciężar gatunkowy również, wreszcie badanie na cukier nie wykazało po czternastu miesiącach ani śladu takowego. Chory uważając się za radykalnie uleczonego zaczął wracać powoli do dyjety zwykłéj mięszanéj. *(Trib. méd.)*

(F. M.) **Ciepłe kąpiele w durzycy** zyskują coraz więcéj uznania. Afanassjew przytacza (w *Petersburger med. Wochenschrift*) 7 przypadków, gdzie chorych na durzycę sadzano do kąpieli o 25° R., po 3 godziny dwa razy dziennie. Podczas jednéj takiéj kąpieli spadała ciepłota chorego od 1·0° do 2·5° C., czasami i więcéj, tętno również znacznie wolniało. Objawy chorobowe nie stawały się nigdy groźnemi, język był we wszystkich przypadkach wilgotny i nie było utraty apetytu.

(K. B.) **Poszukiwania doświadczalne nad chłonieniem i wydzielaniem chininu.** Opierając się na całym szeregu przeprowadzonych w tym kierunku doświadczeń przychodzi prof. Giusio Lepidi-Chioti do następujących wniosków: Chinin z całą pewnością nie wydziela się ani z śliną ani z potem. Nie zostaje wchłoniętym przez frykcyje naskórne. Pod postacią wstrzykiwań podskórnych użyty ukazuje się w 13—15 minut w moczu. Wprowadzony do żołądka, jeżeli pierwsze drogi przewodu pokarmowego są w dobrym stanie, zjawia się w moczu w przeciągu 15—70 minut. Da się wykryć w moczu po upływie 15—25 minut, jeżeli był zastósowanym za pomocą klyzopompy. Wreszcie znajdziemy go w moczu po 30—40 minutach, jeżeli do wprowadzenia była użytą zwykła serenga i jeżeli rozczyn użyty jakiś czas zatrzyma się w przewodzie pokarmowym. *(Presse méd. belge).*

(K. B.) **Różne środki używane w ostatnich czasach przeciw wściekliżnie.** Dr. Dujardin-Beaumetz wezwany do chorego, u którego po 24 dniach od ukąszenia wystąpiły objawy wścieklizny, a który bezskutecznie brał zaordynowany przez innego lekarza chloral i podskórne wstrzykiwania morfinu, zalecił pelletierinę (pierwiastek kory granatu) w postaci wstrzykiwań podskórnych w ilości 1 grm. Środek ten jednak pozostał równie bez widocznego wpływu, chory w kilka godzin po zastrzyknięciu w napadzie drgawek umarł. Powodem do podania tego środka była wielka analogija, jaka zachodzi pomiędzy wspomnianym środkiem a kurarą, jedynym lekiem, którym dotąd jakieś skutki w wściekliżnie osiągnięto. Idąc za wskazówkami Dujardin-Beaumetza użył weterynarz Nocard u psów wścieklizną dotkniętych nowego alkaloidu waldiviny, alkaloidu z cedronu: skutki odnoszą się tylko do znacznego złagodzenia i zmniejszenia napadów drgawek, zresztą Dujardin-Beaumetz proponuje przy pierwszéj sposobności użyć tego środka u ludzi, podobnie jak i cedriny, drugiego alkaloidu z tego samego drzewa, drzewo to bowiem uchodzi w Kolumbii jako leczące wściekliznę i ukąszenia wężów.

Nie dawno prof. Potain przedstawiał uczniom swym chorego dotkniętego wścieklizną, u którego stósował wstrzykiwania podskórne pilokarpinu bez najmniejszego atoli skutku.

Wstrzykiwania podskórne morfinu próbował Brouardel w szpitalu de la Pitié, i te okazały się równie bezskuteczne. Nakoniec Bouchard użył w jednym przypadku trzech rozczynów kurary otrzymanych z różnych źródeł i tu leczenie jednak nie wstrzymało zejścia śmiertelnego. Co się tyczy środków miejscowych jako profilaktycznych, to tu należy kauteryzacyja miejsca ukąszenia różnemi środkami. Dujardin-Beaumetz widział cztery przypadki, gdzie w jednym był w tym celu użyty azotan srebra, w dwóch amonijak, w jednym alkohol kamforowy, w żadnym jednak rozwinięciu się choroby nie zapobieżono. *Ferrum candens* także zawodzi, być może z téj przyczyny, że dłuższy czas schodzi przy jego zastósowaniu, z tych powodów Blacher zaleca środki żrące płynne. (*Gaz. des Hôpit.,—Revue clinique hebdomaire*).

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak.

Posiedzenie I z dnia 3 marca 1881 roku.

Przewodniczący Dr. Ściborowski. Członków obecnych 8 i p. Krzyżanowski jako gość.

1) Przewodniczący powitał p. Krzyżanowskiego, po raz pierwszy obecnego na posiedzeniu i złożył do biblijoteki Komisyi Sprawozdanie z jéj czynności w r. 1880, oraz zawiadomił, że sukcesorowie śp. prof. Dra Kozubowskiego ofiarowali do biblijoteki Komisyi 60 broszur treści balneologicznéj.

2) Przewodniczący zawiadomił, że z Krynicy nadesłano sprawozdanie zarządu za r. 1880, oraz odczytał odezwę do zdrojowisk krajowych o nadsyłanie sprawozdań, która w roku zeszłym ułożona, obecnie ma być rozesłaną do wszystkich zakładów zdrojowych i klimatycznych, w kraju naszym się znajdujących. Odezwę wspomnianą przyjęto.

3) Przewodniczący zawiadomił, iż w skutek zmiany czasu Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich z miesiąca września na lipiec, kiedy żaden z lekarzy zdrojowych, ani właściciel lub zarządca zakładu, zajmujący się tymże, nawet na jeden dzień oddalić się nie może, komisyja balneologiczna żadnego udziału w Zjeździe wziąść nie zdoła.

4) Odczytano list Dra Piaseckiego z Zakopanego, w którym tenże donosi, iż mając zakład wodoleczniczy w Kuźnicach i budując nowy zakład w saméj dolinie Zakopanego, mieszka tam stale nie tylko w porze letniéj, lecz i zimowéj i przez cały ten czas udziela rady lekarskiéj, oraz z upoważnienia Namiestnictwa utrzymuje aptekę. Zarazem nadmieniono o liście lekarza powiatowego Dra Zawadzińskiego, o którym była wzmianka w Nr. 7 Przeglądu Lek.

5) Przewodniczący zawiadamia, iż woda zdroju Jana w Szczawnicy przed kilku laty odkrytego, a w jesieni roku zeszłego za pomocą świdra odkopanego i pogłębionego, obecnie została chemicznie rozebraną przez prof. Julijana Grabowskiego. Rozbiór ten wykazał największe podobieństwo wody téj do wody Selterskiéj, a w szczególności znaleziono ciężar gatunkowy 1.00351 w ciepl. + 19° C. oraz następujące części składowe w jednym litrze:

Chlorku sodowego	1.25560
Dwuwęglanu sodowego	2.71288
Dwuwęglanu wapniowego	0.95911
Dwuwęglanu magnowego	0.16261
Dwuwęglanu żelazowego	0.02946
Siarkanu wapniowego	0.01332
Krzemionki	0.02919
Składników stałych	5.16217
Kwasu węglowego wolnego	0.88572
Razem	6.04789 gramów.

6) Przewodniczący wymienił podkomisyje, które dotychczas z zadania się nie wywiązały. Z tych podkomisyję dla zbadania stanu zdrojowiska w Szczawnicy i poczynienia odpowiednich uwag, zawiązaną jeszcze w grudniu r. 1877, rozwiązano, jako niemającą warunków bytu, gdyż większa część niedostatków, o których wówczas była mowa, już usuniętą została. Również zawieszono czynność podkomisyi dla zreorganizowania zakładu gimnastycznego w Krynicy z powodu, że obecnie nie ma

tamże lekarsko uzdolnionego nauczyciela gimnastyki. Stała podkomisyja do spraw Zakopanego załatwia czynności w miarę nasuwania się tychże. Pozostaje zatém jedna tylko podkomisyja mająca określić zasady zachowania się lekarzy zdrojowych względem domowych i wzajemnie.

7) P. K. Krzyżanowski, asystent przy katedrze chemii w U. J., odczytał wiadomość o rozbiorze wody z pierwszéj studni artezyjskiéj w Krakowie. W podwórzu koszar Franciszka Józefa na przedmieściu Piasek, wybito w końcu przeszłego roku studnię, chcąc otrzymać wodę do użytku kuchennego, gdyż znajdująca się tamże druga studnia, nie zbyt dobréj wody dostarczyć może. Zawezwany z Belgii studniarz podjął się wywiercieć studnię, i rzeczywiście gdy przystąpiono do roboty, która nadzwyczaj szybko postępowała, znaleziono w głębokości około 8 metrów wodę, ale o zwyczajnych własnościach odpowiednich wodom studzien przedmieścia, sąsiadującym z warstwą limonitu (żelazo darniowe na wałach przy ulicy Karmelickiéj), który im nadaje małą ilość żelaza, jaką zwykle w tych wodach znajdujemy, obok wielkiéj ilości ciał organicznych. Wiercono zatém głębiéj, gdzie według orzeczenia studniarza dokopano się skały. W głębokości przeszło 60 metrów natrafiono na wodę, ale o zupełnie innych własnościach fizycznych i chemicznych. Woda bowiem po wyjęciu świdra sama w górę się podniosła i nad poziom tryskać zaczęła, wydając przytém woń kwasu siarkowodowego. Założono tedy na główną rurę średnicy przeszło 10 cm. rurę boczną o połowie przekroju, przeznaczoną do wylewu wody, i na tém zakończono robotę, doznawszy zawodu, gdyż zamiast lepszéj wody, gorszą otrzymano. Prelegent dowiedziawszy się, że woda ze studni pomienionéj z powodu nieprzyjemnéj woni i smaku nie jest przydatną do picia. zajął się zbadaniem téj wody, a wynik był następujący: Własności fizyczne: Woda ze studni wierconéj wypływała obfitym strumieniem pod ciśnieniem silném z rury bocznéj do wysokości pół metra nad poziom dziedzińca. Ilość przypływu mierzona zapomocą flaszki daje jako przybliżony rezultat przypływu w 10 sekundach około 3,000 gramów wody, zatém napłynęło w jednéj sekundzie około 300 grm. Woda do flaszki ujęta była mleczną, w skutek będących w zawieszeniu cząstek mineralnych, pochodzących zdaje się od świdra, gdyż studnię niedawno wiercieć zaprzestano. Ciepłota wynosiła 11.1°C. przy ciepłocie powietrza d. 11 stycznia od 1.6°C. do 7°C. i ciśnieniu barometryczném 738.5 mm. Ciężar gat. wody oznaczony zapomocą piknometru z dwu doświadczeń okazał się 1.0009327 przy ciepłocie 15.5°C. Własności chemiczne: Ponieważ woda była jeszcze mętną, zatém do wszelkich badań chemicznych brano wodę ostrożnie lewarkiem z nad osadu zebraną. Przy rozbiorze jakościowym znaleziono: Tlenek potasu, sodu, wapniu, magnu (bardzo mało), tlenku żelaza ślad bardzo mały. Kwas węglowy, krzemowy, chlorowodowy, siarkowy, siarkowodowy (rozczyn jodu odbarwiał się). Prócz tego badano na kwas azotowy, amoniak i t. d., o których nieobecności dokładnie się przekonano. Zestawienie składników znalezionych w wodzie ze studni artezyjskiéj wykazało:

Chlorku potasu	0,06997
Chlorku sodu	0,11520
Siarkanu sodowego	0.42293
Węglanu sodowego	0.19531
Węglanu wapniowego	0.02673
Węglanu magnowego	0.05478
Kwasu krzemowego	0.01014
Ogólna ilość składników	0.89506
Składników przez odparow.	0.89440

Węglanu żelazowego ślad?
Kwasu siarkowodowego j. w. nie oznaczono.
Ciężar gatunkowy wody 1.00093270 przy 15.5°C.
Ciepłota wody 11.1°C.

Rozbiór chemiczny osadu we wodzie w zawieszeniu się znajdującego. Flaszki, w które uchwycono wodę, pozostawiono w miejscu ciemném i spokojném dla ustania się osadu. Po dwu dniach ściągnięto lewarkiem wodę czystą, którą jak wyżéj użyto do rozbioru chemicznego, osad zaś zebrano na sączku. Osad ten był barwy zielonkowato popielatéj, znacznie ciężki, gdyż łatwo we wodzie tonął, po oblaniu kwasami burzył, wydając CO_2. jednak nie cała ilość tego osadu w kwasach się rozpuszczała. W rozczynie kwasnym znaleziono wapń i magn. obok śladu CO_3. Część nierozpuszczalna w kwasach zawierała kwas krzemowy, żelazo i glin. Skład chemiczny osadu był następujący:

Węglanu wapniowego	0,06033
Węglanu magnowego	0.01504
Niedokwasu żelaza i glinu	0.03717
Kwasu krzemowego	0.09176
Ogółem	0.20430

osadu przynależnego do 1000 grm. wody = 1 L.

Jak długo woda ze świeżéj studni artezyjskiéj pochodząca dokładnie się nie wyklaruje, o jéj zastosowaniu i znaczeniu nic powiedzieć się nie da, skoro zaś z czasem przewód dokładnie się oczyści, wtedy o rezultatach nowéj analizy prelegent donieść nie omieszka.

Po skończonym odczycie wywiązała się krótka dyskusyja w któréj obecni wyrażali swoje mniemanie co do pochodzenia kwasu siarkowodowego w wodzie. Przewodniczący żałuje, że nie jest obecnym prof. Alth, który jako geolog mógłby w téj sprawie dać potrzebne wyjaśnienie.

Na tém posiedzenie zakończono. *Dr. Ponikło.*

VIII. Zjazd III. lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

Czynności Wydziału gospodarczego Zjazdu III lekarzy i przyrodników doznały w ubiegłym tygodniu chwilowéj przerwy z powodu choroby, która nawiedziła dotychczasowego przewodniczącego tego Wydziału, aż wreszcie Prof. Dr. Janikowski czując, iż stan zdrowia jego coraz bardziéj się pogarsza (leży chory na dur wysypkowy), zrzekł się 10 bm. dalszego udziału w pracach przygotowawczych do Zjazdu. Wydział przyjął tę wiadomość z głębokim żalem i z szczerém współczuciem dla cierpiącego i przystąpił do wyboru nowego kierownictwa z uwzględnieniem dwóch grup reprezentowanych w komitecie i w przyszłym Zjeździe, t. j. lekarzy i przyrodników. Na pierwszego przewodniczącego wybrano prezesa Towarzystwa lekarskiego krakowskiego Dra Jordana, na przewodniczącego drugiego Dra Edwarda Janczewskiego, profesora botaniki w Uniw. Jagiell., również wybrano podskarbiego w osobie Dra Daniela Wierzbickiego.

Nowy zarząd rozpoczął już swoje czynności i prosi, aby osoby interesowane zechciały adresować korespondencyje wszelkie do 1go przewodniczącego: Kraków, ulica Wiślna 177.

Co się tyczy zadań proponowanych do dyskusyi w Sekcyjach, to z położnictwa i ginekologii proponowane są następujące:

1) Jakie jest najwłaściwsze postępowanie antyseptyczne podczas porodu i w połogu?

2) Jak postępować należy w przypadkach poronienia, jeżeli wydalenie jaja płodowego się opaźnia?

3) W tych przypadkach obecności cystovarium, z których wykonanie owaryjotomii z jakiegobądź powodu jest niemożebném, jaki sposób leczenia jest wskazany?

4) Kiedy i jakie leczenie mechaniczne wskazane jest w wadach położenia macicy?

5) Jakie postępowanie lekarskie jest najwłaściwsze w przypadkach krwotoków macicznych z nieznanéj na razie przyczyny?

6) Jakiego postępowania użyć należy w przypadkach *hyperemesis gravidarum?*

Koledzy, którzyby chcieli podjąć się referatu co do któregokolwiek z powyższych zadań, raczą donieść o tém 1szemu przewodniczącemu najdaléj do 1go maja b. r.

Przewodniczący Wydziału gosp. III Zjazdu.
Prezes Tow. lek. krak. Dr. *H. Jordan*.
Dr. *Jan Rosner*, Sekretarz Prof. Dr. *E. Janczewski*.

IX. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij W tygodniu 12 (od 13—19 marca) ospa w Londynie jeszcze się nie zmniejszyła. Świeżo zapadło 302, leczyło się w szpitalach 927, umarło 43. W Wiedniu umarło 24, w Budapeszcie 18, w Paryżu 31, w Wenecyi 6, w innych większych miastach pojawiają się sporadyczne przypadki ospy. Z duru brzusznego umarło w Paryżu i Petersburgu po 44, w Bazylei 7. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 41. W innych miastach pojawia się dur osutkowy sporadycznie. Febra żółta przybrała w Rio de Janeiro charakter więcéj nagminny umarło bowiem 38 od 1—15go lutego. W tygodniu 13 (do 26 marca) umarło w Krakowie 1 z ospy, 1 z odry, 1 z płonicy, 1 z błonicy, 1 z duru osutkowego, 2 z róży, 1 z kiły, doniesiono w tymże czasie: o 6 przypadkach ospy, 3 odry, 1 duru brzusznego, 2 duru osutkowego.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 12 (do 19 marca) umarło na 1000 mieszkańców i na rok w Krakowie 46,5; we Lwowie 32,4; w Wiedniu 30,9; w Budapeszcie 35,0; w Pradze 41,6; w Tryjeście 41,3; w Berlinie 23,1; Wrocławiu 41,3; w Gdańsku 32,2; w Mnichowie 30,7; w Dreźnie 26,0; w Lipsku 23,4; w Bazylei 25,9; w Brukseli 23,2; w Amsterdamie 25,2; w Paryżu 28,8; w Londynie 20,5; w Kopenhadze 25,7; w Petersburgu 51,8; w Odesie 31,9; w Wenecyi 32,5; w Bukareszcie 29,1; w Madrycie 34,9; w Barcelonie 27,3 w Aleksandryi 34,6; w Bombayu 34,1; w Madrasie 46,8. *J. B*

X. Wiadomości bieżące.

Kraków d. 13 kwietnia. Prof. Janikowski od tygodnia jest obłożnie chorym. Aby sprawy Zjazdu, któremi dotąd kierował z wielką gorliwością, skutkiem choroby jego nie doznały szwanku w okresie przygotowawczym, uznał prof. Janikowski za stósowne, złożyć mandat przewodniczącego Wydziału przygotowawczego w ręce prezesa Tow. lek. doc. Jordana. Spodziewamy się, że prof. Janikowski po odzyskaniu zdrowia Wydziałowi gospodarczemu nie odmówi skutecznéj swéj pomocy.

* **Berlin.** *(Koresp. oryg.)* Przesyłam kilka uwag tyczących się kongresu chirurgów. — Langenbeck zagaił Zjazd i jak zawsze wybrany został przez aklamacyję przewodniczącym; w miejsce chorego Esmarcha wybrano Thierscha wiceprezesem.

Porządek dzienny wczorajszy:

1) Grawitz (z Berlina): O teoryi szczepienia zapobiegawczego.

2) Maas (z Fryburga): O wpływie nader szybkiego odciągnięcia wody organizmowi. (Bardzo zajmujący wykład).

3) Mikulicz (z Wiednia): O jodoformie, jako środku opatrunkowym w gruźlicy stawów i kości.

4) Sonnenburg (z Berlina): O znaczeniu gruzełków w zapaleniu grzybowém kości i stawów.

5) Dr. Kölliker (z Hali): Przyczynek do anatomii szczeliny szczękowéj.

6) Martin (z Berlina): O wycięciu macicy przez pochwę.

Dziś przed południem posiedzenie z demonstracyjami, w nowéj klinice Langenbecka, a po południu naukowe wykłady bez demonstracyj w auli uniwersyteckiéj. Spis rzeczy znajdujących się na dzisiejszym porządku dziennym przesyłam; nie cały atoli porządek dzienny dziś wyczerpnięto,—jutro ciąg dalszy.

W ogóle udział tak liczny jakiego dotychczas może jeszcze nie było, a tyle odczytów zgłoszonych, że zaraz wczoraj na wstępie Langenbeck musiał prosić o ile możności skrócone wykłady pozostawiając ogłoszenie *in extenso* na późniéj do protokółów. Jutro w południe Mikulicz i ja mamy demonstrować operacyję wycięcia żołądka—ja atoli może odstąpię, a zatrzymam się z demonstracyjami do Krakowa, jeżeli mi czas pozwoli.

7 kwietnia *Dr. L. Rydygier.*

* **Mianowania i odznaczenia.** Prof. E. Jäger we Wiedniu otrzymał krzyż komandorski, a prof. Billroth krzyż kawalerski orderu korony bawarskiéj, proff. zaś Arlt i K. Braun krzyż komandorski orderu zasługi św. Michała. — Dr. Egidio Welponer, asystent prof. K. Brauna we Wiedniu, mianowany został profesorem położnictwa w szkole akuszerek w Tryjeście.

* **Wiadomości osobowe.** Współpracownik nasz Dr. Stanisław Smoleński, b. asystent katedry fizyjologii w Uniw. Jagiell., autor kilku cennych rozpraw, napisanych samodzielnie lub pod kierownictwem prof. Korczyńskiego, a umieszczonych w tygodniku naszym i w pismach warszawskich, udaje się jako lekarz zdrojowy do Gleichenbergu. — Dr. Bogdanik, znany czytelnikom naszym jako autor listów z Londynu, powróciwszy z podróży naukowéj osiadł jako lekarz praktykujący w rodzinném swém mieście Biały. — Dr. Tarchalski, jeden z młodszych i zdolniejszych lekarzy szpitala św. Łazarza w Krakowie, otrzymał posadę lekarza gminnego i kąpielowego w Ustroniu na Szląsku austr. i począwszy od maja rb. tamże osiada.

* **Nekrologija.** *Gaz. des hôp.* donosi o śmierci Dra Leona Osieckiego, zmarłego w 73 roku życia, po 42 letniéj praktyce we Francyi. Syn zmarłego Dr. H. Osiecki praktykuje w St. Menehould. — W N. Yorku umarł znany chirurg Dr. Otis, kurator muzeum wojenno-chirurgicznego i autor wielu dzieł, traktujących o chirurgii polowéj.

W napaści na ekspedycyję półkownika Flattersa zamordowany został przez arabów tunetańskich i Dr. Guiard, młody lekarz wojskowy, rokujący świetne nadzieje, który jako uczeń medycyny już był odznaczył się podczas oblężenia Strasburga.

* **Konkurs.** W mieście obwodowém Bihač w Bośnii 2 kilometry oddaloném od granicy Kroacyi jest do obsadzenia posada lekarza miejskiego z płacą roczną 1000 złr., 150 złr. na pomieszkanie i 36 złr. na opał. Kompetujący Drowie medycyny winni wnieść podania w języku niemieckim lub kroackim do magistratu Bihača po dzień 1 maja rb. — Bliższych wiadomości może udzielić fizyk obwodowy Dr. Sopiński w Bihaču.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 15: Janiszewskiego: O działaniu kwasu pyrogallusowego w niektórych postaciach chorób skórnych; Dobrzyckiego: Sprawozdanie z działalności lecznicy w Mieni w r. 1880. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 15: Peszkowskiego: Rana postrzałowa stawu barkowego; wypiłowanie górnéj części k. ramieniowéj; Strzyżowskiego: Zmarznięcie czy téż śmierć w skutek tłuszczowego zwyrodnienia serca. (dok.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. J. SZPILMAN i prof. LUCHSINGER: Zur Beziehung von Leitungs- u. Erregungsvermögen der Nervenfasern. Bonn 1881. (Osobne odbicie z Pflügera Archiv. f. Phys.) in 8vo str. 11.

Dr. O. TREMBECKI: Sprawozdanie o ruchu i postępie z zakładu zdrojów leczniczych w Szczawnicy w r. 1880. Kraków 1881, in 8vo str. 27.

Pustomyty. Zakład kąpielowy (siarczany) otwarty w r. 1880. Lwów 1881, in 8vo str. 14.

Dr. Max. BRESGEN (w Frankfurcie n./M.): Der chronische Nasen u. Rachenkatarrh. Eine klinische Studie, mit 11 Abb., Wien u. Leipzig, Urban et Schwarzenberg 1881, in 8vo str. 87.

Towarzystwo lek. krak. odbędzie we Środę dnia 20 posiedzenie zwyczajne w sali **kliniki okulistycznéj**, na którém: 1) kol. Dr. Kułakowski odczyta pracę zapowiedzianą na przeszłe posiedzenie; 2) kol. Dr. Lutostański poda sprawozdanie z najnowszéj literatury higijenicznéj; 3) tenże mówić będzie: „o zakładach wodoleczniczych, ich znaczeniu i zadaniu“.

Do Nru dzisiejszego dołącza się: Zdanie sprawy z czynności Sekcyi lwowskiéj Tow. lek. gal. oraz Zakład zdrojowy Truskawiec w r. 1880.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj pół tora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Ulica Podwale Nr. 84.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Boulv. Voltaire 180, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia op. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	4 „	6 „

Kraków, 23 kwietnia 1881. № 17. Rok XX.

†

STANISŁAW JANIKOWSKI.

Niestety zawiodła nas nadzieja, a nad wszelki wyraz gorliwe starania pierwszych praktyków naszych i poświęcenia pełne zabiegi młodszych kolegów i kandydatów medycyny pozostały płonnemi i nie zdołały ocalić życia drogiego dla rodziny, a tak zasłużonego dla piśmiennictwa naszego. Śmierć nieubłagana wyrwała w sile wieku z grona naszego Kolegę zacnego, który do ostatniéj chwili pracował na pożytek kraju i stanu lekarskiego. Ciężka a zdradliwa choroba zastała go wśród prac przygotowawczych dla Zjazdu III lekarzy i przyrodników polskich i starań około Słownika lekarskiego; już gorączkując zajmował się jeszcze korektą Słownika, a zmuszony poddać się chorobie i jakby przeczuwając jéj koniec smutny złożył akta Zjazdu w ręce godne, aby nie stać się choć niewinnym powodem zwichnienia lub opóźnienia Zebrania, do którego tyle przywiązywał wagi. Jeszcze przed nie wielą dniami pocieszaliśmy się nadzieją, że bieg choroby stanie się pomyślniejszym, — ból wywołany tym nagłym ciosem, którego doznało grono lekarskie nasze, ból, który zapewne razem z nami odczuwać będą koledzy we wszystkich ziemiach polskich, wytrąca nam pióro z ręki i nie dozwala szerzyć się nad licznemi zasługami zmarłego; zasługi te znajdą wyraz swój w tygodniku naszym, jak skoro tylko ochłoniemy z pierwszego wrażenia tak bardzo bolesnego. Na teraz ograniczamy się do złożenia hołdu zacnéj pamięci kilkoletniego Redaktora Przeglądu Lekarskiego, koło którego niezaprzeczone położył zasługi, a wieniec, który Komisyja Redakcyjna uchwaliła złożyć na trumnie byłego Redaktora, niechaj będzie skromnym wyrazem uznania, którego nikt z lekarzy polskich, dbały o piśmiennictwo ojczyste, nie odmówi świeżo zgasłemu, niezmordowanemu pracownikowi.

I. Z kliniki chirurgicznéj Prof. Bryka.

Przyczynek do kazuistyki chorób chirurgicznych przewodu pokarmowego.

Opracował Dr. Schramm.

Z pomiędzy licznych przypadków chorób chirurgicznych przewodu pokarmowego, leczonych w klinice prof. Bryka, przytaczam kilka ważniejszych, objaśniając je uwagami praktycznemi. Nim jednak przystąpię do rzeczy, spełnić mi wypada miły obowiązek i podziękować Wnemu Prof. Brykowi za łaskawe udzielenie mi własnych swoich historyj chorób, tyczących się przypadków, leczonych w klinice w latach dawniejszych.

Już sam początek przewodu pokarmowego jest często siedzibą chorób, do usunięcia których potrzebna jest ręka chirurga. Z pomiędzy nich jednak wezmę pod uwagę jedynie ciała obce, jakie utkwić mogą już na samym wstępie do dróg pokarmowych. Mam tu na myśli przednią ścianę przełyku tuż pod kością gnykową. W miejscu tém znajduje się jak wiadomo, fałd błony śluzowéj, tworząc dołek czółenkowaty, zwany także dołkiem krtanio-połykowym (*fossa navicularis s. f. laryngopharyngea*). Otóż w dołku tym utkwić mogą ciała obce, zwłaszcza jeżeli ostre lub zębate ich końce zahaczą się o wystający fałd błony śluzowej. Jako wybitny przykład tego rodzaju opiszę przypadek następujący:

K a w a ł e k s z k ł a z n a c z n y c h r o z m i a r ó w, t k w i ą c y w d o ł k u k r t a n i o - p r z e ł y k o w y m, w y d o b y c i e g o p r z e z j a m ę u s t, w y z d r o w i e n i e.

Siwek Jan, lat 32 liczący, wieśniak z Tyńca, przedstawił się w klinice w październiku 1871 r. podając, że poprzedniego dnia połknął kawałek szkła znajdujący się w podanéj mu na wieczerzę kaszy. Z obawy, aby szkło tkwiące w połyku nie połamało się, wstrzymał się S. od dalszego jedzenia, również przez noc całą zachowywał się jak najspokojniéj, unikając wykonywania wszelkich ruchów połykowych. W chwili przybycia do kliniki skarżył się S. na

ból kłujący w okolicy kości językowéj, rozszerzający się ku stronie lewéj szyi. Badanie palcem przy mocno obniżonéj szczęce dolnéj wykazało obecność ciała obcego, którego brzeg ostry, dający takie samo uczucie, jak krawędź szyby szklanéj, wyczuć można było tuż pod lewym rogiem kości gnykowéj. Brzeg ten skierowany na lewo wymacać się dał aż do lewego brzegu nagłośni, jednak dolnego końca ciała obcego nie można było dosiągnąć palcem, mimo, że gładka powierzchnia tego ciała obmacać się dała na dość znacznéj przestrzeni. Po mocném obniżeniu szczęki dolnéj za pomocą rozwieracza i wyciągnięciu języka jak najbardziéj ku przodowi i ku stronie prawéj kleszczami Musieux'go wprowadził prof. Bryk lewy palec wskazujący aż do ciała obcego; pod przewodnictwem tego palca założył następnie kleszcze połykowe, otwierające się z przodu ku tylowi i polecając choremu jak największy spokój i wstrzymanie się od wszelkich ruchów połykowych, ujęto ciało obce kleszczami i po kilku ostrożnych ruchach wahadłowych wydobyto odłamek szkła w całości. Odłamek ten był 9cm. długi, koniec zwrócony ku żołądkowi był 2.7cm. szeroki, od połowy zaś długości brzegi odłamka zbiegały się łukowato w ostry koniec, który właśnie zahaczył się pod kością gnykową obok lewego brzegu nagłośni. Krwotoku przy operacyi nie było żadnego; Siwek zaraz po wyjęciu ciała obcego mógł swobodnie połykać i tego samego dnia opuścił klinikę.

W przypadku więc tym odłamek szkła tylko ostrym swym końcem trzymał się w dołku krtanio-połykowym, znaczna zaś część jego opuszczała się w głąb połyku wzdluż lewéj jego ściany.

Powyższe spostrzeżenie dostatecznym zdaje mi się jest dowodem, że ciało obce, tkwiące w podaném miejscu i w opisanym kierunku, można za pomocą odpowiedniego postępowania wydobyć przez jamę ustną, jeżeli tylko okoliczności złożą się tak pomyślnie jak w naszym przypadku. Ważném tu bowiem było, że chory sam lub ktoś inny nie znający się na rzeczy nie robił prób wydobycia ciała obcego, że S. zaraz po połknięciu szkła wstrzymał się od dalszych ruchów połykowych, a przedewszystkiém jego spokojne zachowanie się podczas operacyi ułatwiło znacznie wydobycie tak znacznego kawałka szkła bez połamania go w drobne części. Przypadek ten przypomina kilka podobnych znanych już w literaturze, między któremi szczególnie zasługuje na wzmiankę spostrzeżenie Ros. Jacksona (*Schmidts Jahrb.* tom 48 str. 83). Była to kobieta, która w zamiarze samobójstwa połknęła klucz 4 cale długi, przy zębie 1, przy rączce $1^1/_2$ cala szeroki. Osoba ta żyła potém jeszcze dni 58 a przy sekcyi znaleziono klucz, którego ząb spoczywał tuż pod kością gnykową, wywoławszy przez tak długi czas pobytu tylko powierzchowne małe owrzodzenie, reszta klucza leżąca w połyku wyrobiła sobie w przedniéj ścianie jego jakby bruzdę, tak że światło przewodu było tylko nieznacznie zwężone.

Spostrzeżeń podobnych mógłbym przytoczyć większą liczbę, nie chcąc się jednak zbytnie rozszerzać przechodzę do ciał obcych, tkwiących już w samym połyku. I tutaj pomijam objawy podmiotowe tego stanu, chciałbym tylko słów kilka pomówić o objawach przedmiotowych, mianowicie o badaniu zgłębnikiem i wysłuchiwaniu połyku. Nie ulega wątpliwości, że dotknięcie zgłębnikiem ciała obcego twardego, jak np. kości lub monety, jest niezbitym dowodem obecności ciała obcego, jednak nie możemy mieć téj saméj pewności w razie ujemnego wyniku badania. Zgłębnik bowiem może całkiem swobodnie przechodzić do żołądka, a mimo to ciało obce znajduje się w połyku. Na dowód niech mi wolno będzie przytoczyć pokrótce 2 przypadki z naszéj kliniki.

P. F. lat 70, lampiarz. Jedząc przed 2 dniami kapustę uczuł nagle kłujący ból w połyku, który utrudniał mu znacznie dalsze jedzenie. Przy badaniu kliniczném 30/1 1877 przekonano się, że pokarmy płynne przechodzą bez żadnéj trudności, przełykanie zaś potraw stałych jest wprawdzie możebne ale znacznie utrudnione i połączone z bólem w dolnéj połowie szyi. Osłuchiwanie połyku w okolicy 3 kręgu piersiowego wykazuje w czasie przechodzenia płynu 2 szmery, z których pierwszy jest dłuższy, podobny do bełkotania, drugi mniéj silny, krótszy. Zgłębnik gruby przeszedł 2 razy do żołądka nie napotykając na żaden opór. Wreszcie wprowadzono koszyk Graefego i za pomocą niego wydobyto kawałek kości płaskiéj 3cm. długi a $^1/_2$cm. szeroki.

Prawie całkiem podobny był przypadek drugi z 4 kwietnia 1878 r. Druciaż 46-letni połknął z kapustą kawałek kości, który nie dozwalał mu następnie przełykać pokarmów stałych. Przy obmacywaniu szyi natrafia się na wysokości krtani po stronie lewéj na wyniosłość twardą i bolesną, w tém też miejscu czuje chory najdotkliwszy ból przy połykaniu. Osłuchiwanie połyku wykazało te same dwa szmery niejednakowe co do natężenia i trwania jak w przypadku poprzednim. Badanie zgłębnikiem nie dało żadnego wyniku, narzędzie to bowiem przechodziło całkiem swobodnie do żołądka. Ponieważ jednak wspomniana wyniosłość wymacalna na szyi kazała przypuścić obecność ciała obcego, wprowadził więc prof. Bryk kleszcze Langenbecka i za pomocą nich wyjął płaski kawałek kości 4 2cm. długi a 4cm. szeroki (odłamek żebra).

W obu więc tych przypadkach, mimo obecności ciała obcego dość znacznych rozmiarów, zgłębnik przeszedł zupełnie bez żadnéj przeszkody aż do żołądka. Przypad ten tłumaczyć sobie możemy łatwo. Jeżeli bowiem ciała długie a wązkie, jak np. igły, ości lub także większe lecz płaskie odłamki kości ustawią się wzdłuż poprzecznéj lub przodowotylnéj osi połyku, natenczas zgłębnik przejść może po jednéj lub drugiéj stronie ciała obcego nie natrafiając nań wcale. Doświadczenie jednak uczy, że nawet ciała większych rozmiarów, a nawet tak wielkie, które na pozór powinnyby zatykać całe światło połyku, mogą przy szczególnych warunkach przepuszczać obok siebie narzędzia wprowadzone do połyku. W *Lancecie* (Nr. 5, 1 luty, 1879 str. 155) znajdujemy opis przypadku, w którym kobieta 30 letnia podczas snu połknęła odłamek sztucznéj szczęki pół cala długi a $^1/_4$ szeroki, przy którym tkwił jeszcze kawałek drutu srebrnego na $^1/_4$ cala długi. Wszystkie narzędzia, powiada opisujący, służące do wydobywania ciał obcych z połyku były używane, lecz nie udało się wykryć nic nieprawidłowego. Rura od pompy żołądkowéj przeszła swobodnie do żołądka bez napotkania jakiéjkolwiek przeszkody. Raz tylko zdawało się, jakoby narzędzie obtarło się o jakieś ciało twarde, lecz ponieważ to przy dalszém badaniu się nie powtórzyło, sądzono, że narzędzie dotknęło się zębów badanéj. Przy esofagotomii, wykonanéj z powodu coraz groźniejszych przypadków w 6 tygodni potém, znaleziono wreszcie po długiém szukaniu płytkę kauczukową przylegającą mocno do przedniéj ściany połyku na 2 do 3 cali poniżéj wcięcia mostkowego. Drut przymocowany do téj płytki sterczał do wnętrza połyku.

W przypadku więc tym ciało obce, tak twarde jak kauczuk a nadto opatrzone kawałkiem drutu, leżało w połyku przeszło 6 tygodni, a przecie nie mogło być na pewne roz

poznane. Szczęściem drut sterczał na wewnątrz, w przeciwnym bowiem razie byłoby z pewnością przyszło do przebicia ścian połyku z wszystkiemi groźnemi następstwami.

Wreszcie jeszcze jeden przypadek z naszéj kliniki. W lutym b. r. przedstawił się żebrak podając, że przed dwoma dniami jedząc jakieś odpadki potraw uczuł nagle ból w połyku: od téj chwili nie mógł już nic połknąć. Przy badaniu kliniczném stwierdzono, iż płyny przechodzą częściowo do żołądka, w znacznéj części wracają do jamy ustnéj. Pokarmy zaś stałe, nawet bułka zupełnie w mleku rozmoczona, cofa się w zupełności już w kilka sekund po jéj przełknięciu. Wysłuchiwanie połyku wykazuje w czasie przechodzenia płynu 3 szmery bełkotające. Zgłębnik żołądkowy 10 mm. średnicy nie dał się wprowadzić do żołądka, cieńszy jednak 6mm. średnicy przeszedł bez trudności. Po wlaniu przez cewnik szklanki ciepłego rosołu do żołądka narzędzie to wyjęto. Gdy jednak chory i potém nie mógł przełykać pokarmów, starano się wprowadzić zgłębnik na nowo, co tym razem udało się dopiero po dłuższém macaniu sondą i użyciu większéj nieco siły. Przez 2 dni karmiono chorego przez wlewanie płynów do żołądka; następnie zgłębnik wyjęto, a chory lubo z trudnością mógł połykać potrawy płynne. Po 5 dniach pobytu w klinice połknął zgłodniały chory kawałek bułki z mlekiem, zaraz potem wystąpiły silne wymioty, wśród których wyrzucony został z połyku kawałek ścięgna i od téj chwili połykanie stalo się zupełnie prawidłowe. Ścięgno to zbitości elastycznéj, wielkości orzecha laskowego, wypełniać musiało prawie całe światło połyku a jednak zgłębnik dość gruby przeszedł bez znaczniejszych trudności aż do żołądka. W tym więc przypadku nie kształt ciała obcego, lecz jego elastyczność była powodem, że zgłębnik nie mógł na pewne wykazać jego obecności w połyku.

Z tych kilku przytoczonych przykładów wysnuć musimy wniosek, że ujemny wynik badania zgłębnikiem wcale nie upoważnia do zaprzeczenia bytności ciała obcego w połyku. Fakt ten musimy mieć dobrze w pamięci, gdyż znane są w praktyce lekarskiéj przypadki, że nierozpoznane z tego powodu ciała obce przebiwszy ściany połyku stały się przyczyną śmierci chorego.

Pewniejsze już wyniki można otrzymać przy badaniu narzędziami, o które ciało obce może się zahaczyć. Najodpowiedniejszym do tego wydaje się kosz lub haczyk Graefego. Narzędzie to zatém powinno się znajdować u każdego lekarza, zwłaszcza praktykującego w mniejszych miastach, gdzie nie można odsyłać chorego zaraz do specyjalisty.

W wątpliwych jednak przypadkach szukać musimy i innych wskazówek przemawiających za lub przeciw obecności ciała obcego. Do ważnych objawów istnienia przeszkody w połykaniu służą nieprawidłowe szmery, słyszalne przy osłuchiwaniu połyku. W stanie prawidłowym słyszymy, jak wiadomo, w czasie przechodzenia płynu przez połyk jeden ostry szmer syczący. Jeżeli zaś płyn przechodzący przez połyk natrafia na jakąbądź przeszkodę, natenczas w miejsce jednego prawidłowego szmeru występuje ich kilka w małych odstępach czasu i różnego nasilenia. Nie umiem powiedzieć, czy rodzaj tych nieprawidłowych szmerów da się zużytkować w celu osądzenia rodzaju zawady, jak to podają niektórzy autorowie, to jednak pewna, że szmery te są prawie nieomylną wskazówką istnienia jakiejś zawady i we wszystkich wyżéj przytoczonych przypadkach na mocy przysłuchu wypada przypuścić obecność ciała obcego, mimo że zgłębnik go nie wykazywał. Przy zupełném zamknięciu światła połyku, tak że nic z połkniętego płynu nie dostaje się do żołądka, nie słyszymy też przy osłuchiwaniu połyku żadnego szmeru.

Jeżeli wykryte ciało obce uwięzło w połyku w ten sposób, że ani wydobycie go przez jamę ust, ani zepchnięcie do żołądka jest niemożebne, natenczas nie pozostaje nic innego jak utworzenie przystępu do niego drogą sztuczną przez otwarcie połyku na szyi, bez względu na to czy ciało obce da się wymacać na szyi lub nie, czy ono tkwi w części szyjnéj połyku lub też piersiowéj i w ostatnim bowiem razie wydobycie ciała obcego przez ranę na szyi nie przedstawia zwykle zbyt wielkich trudności. Jako przykład operacyi tego rodzaju niech nam służy następujący przypadek.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Z kliniki okulistycznej Prof. Dra. Rydla.

O zwyrodnieniu barwikowém siatkówki.

Podał asystent Dr. Machek.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 16).

4. Julijanna. W marcu 1879 liczyła chora za pomocą szkieł wklęsłych (—5D) lewém okiem palce na 2m., prawém zaś na 4·5m. Jeżeli chora w odległość patrzala, wykonywały gałki oczne dość powolne zupełnie poziome ruchy wahadłowe. Od czasu do czasu zataczały się gałki daleko szybciéj około podłużnéj osi oka, poczém powieki przymykały się kurczowo jakby z powodu światłowstrętu. Jeżeli choréj polecono, aby się patrzała na przedmiot oddalony na 20cm. od oczu, natenczas ruchy zupełnie ustawały a gałki oczne pozostawały w spokoju. Skoro zaś chora znów spojrzala w odległość, ruchy wahadlowe powracały. Pole widzenia badano perimetrem Förstera. Było zewsząd aż do 20° ścieśnione. Wziernik wykazał szarawo-białą tarczę, naczynia wązkie widoczne jeszcze, w oddaleniu 4 do 5 średnic tarczy nerwu wzrokowego licząc od jéj brzegu, przybłonek barwikowy całkiem zanikły, przestwory międzynaczynne naczyniówki ciemnobrunatne. Obrączka twardówkowa wązka ($^1/_5$ średnicy tarczy n. w.) Na samym obwodzie rozsiane są w siatkówce charakterystyczne złogi barwikowe. W okolicy plamki żółtéj widać drobne biało-żółtawe plamki, blizko obok siebie poustawiane, których zbiór tworzy plamę wielkości połowy tarczy nerwu wzrokowego.

Choréj w klinice ruchoméj wstrzykiwano na skroni azotan strychninu, postępując zwolna od mniejszych do większych dawek. Bystrość wzroku poprawiła się już po pierwszém wstrzyknięciu. Po wstrzyknięciu 64 mgr. azotanu strychninu widziała okiem pr. $^6/_{36}$, lewém zaś $^6/_{60}$. Pole widzenia dla promieni światła białego nie zmieniło się. Zdolność rozpoznawania barw badano sposobem Holmgreena. Jest to nietylko najporęczniejszy, ale według tego co w Wiedniu, Pradze i Wrocławiu widziałem, także i najpewniejszy sposób badania. Najprzód ukazano choréj motek jasno-zielony. Oprócz motków zielonych w rozmaitych odcieniach dobierala do niego także szare i różowe, które mniej więcéj odpowiadały numerom 1 i 4 wzoru barw, które chorzy dotknięci barwoślepem za inne biorą przy pierwszéj próbie Holmgreena. Ilekroć badanie powtórzono, popełniała te same błędy. Przy drugiéj próbie Holmgrena z motkiem szkarłatnym dobierała czerwone, szkarłatne i zielone motki. Chora nie rozpoznawala więc wcale zielonéj barwy (Holmgren, *die Farbenblindheit*, 1887,

str. 136). Dodać tu muszę, iż podobny rodzaj upośledzenia zdolności rozpoznawania barw znachodziłem w dość znacznéj ilości przypadków pozapalnego zaniku nerwu wzrokowego, jeżeli wzrok w znaczniejszym stopniu był już upośledzony. Najlepiéj chora rozpoznawała barwę żółtą. Pole widzenia dla téj barwy, badane za pomocą papieru żółtego, było tak wielkie jak dla światła białego, pole widzenia zaś dla barwy czerwonéj trochę mniejsze. Prawdopodobnie pochodzi to, jak Leber sądzi, ztąd, iż czerwona barwa, jako ciemniejsza, odbija mniejszą ilość promieni, skutkiem czego wrażenie w obwodowych częściach siatkówki, jako mniéj wrażliwych wcześniéj ustaje. Przed wstrzykiwaniami zdolność rozpoznawania barw, pomimo mniejszéj bystrości wzroku, była taka sama jak i po wstrzykiwaniach azotanu strychninowego.

Ostatni raz badałem chorą w listopadzie 1880 r. Twierdziła ona wtedy, że poprawa bystrości wzroku po wstrzykiwaniach trwała tylko czas krótki, że niedługo po ostatniém wstrzyknięciu (nie więcéj jak tydzień) dostała bólów głowy, światłowstrętu i czuła bolesne napięcie w gałce ocznéj, czego dawniéj nigdy nie spostrzegała. Twarz i gałki oczne często były gorące, przez pole widzenia przelatywały iskry, niekiedy występowały chwilowe rwące bóle w głębi oczodołu. Przykładała zimną wodę. Z wystąpieniem tych objawów słabł wzrok, a już we dwa tygodnie późniéj widziała, jak podaje, niewątpliwie gorzéj niż przed wstrzykiwaniami. Po jakimś czasie bóle i inne objawy podmiotowe ustąpiły, późniéj jednak pojawiały się od czasu do czasu, chociaż w niższym stopniu. Chora przypisywała wystąpienie bolów wstrzykiwaniom i dla tego nie zgłaszała się do kliniki sądząc, iżby jéj tamże wstrzykiwania zalecono. Obecnie stawiła się tylko dla tego, że wydanie świadectwa lekarskiego, którego ojciec domagał się w celu umieszczenia chorych w jakim zakładzie dla ciemnych, uczyniłem zależném od ponownego zbadania chorych. Obecnie ma chora tylko wątpliwe poczucie światła. Pomimo to skarży się na światłowstręt i bole w oczodole. Twarz jest zaczerwieniona i gorąca, oczy łzawią lekko. Badanie wziernikiem wykazuje: Obustronnie M=6D. Tarcze nerwu wzrokowego różowe, brzeg lekko przysłonięty, naczynia siatkówki bardzo wązkie. Przybłonek barwikowy już naokoło tarczy zanikły, naczynia naczyniówki widać bardzo wyraźnie. W oku lewém, na wewnątrz od tarczy, (obraz odwrotny) brunatne nagromadzenie barwika. W okolicy plamki żółtéj znajduje się plama trochę mniejsza niż tarcza nerwu wzrokowego, powstała w skutek nagromadzenia zupełnie czarnego barwika, rozmieszczonego na dnie szarawém. W obwodzie są dość rzadko rozsiane charakterystyczne złogi barwika, mające kształt ciałek kostnych. W oku prawém znachodzimy w plamce żółtéj trochę mniejszą podłużną plamę, nie różniącą się zresztą od plamy na oku lewém. W obwodzie trochę mniéj barwika niż na oku lewém. W żadném oku nie ma zaniku części obwodowych naczyniówki, jak u chorych 1, 2 i 5. W czasie od ostatniego badania przebyła więc chora, jak zmiany anatomiczne pouczają, zapalenie naczyniówki przylegającéj do plamki żółtéj a obecnie rozpoznać musieliśmy *Chorioretinitis centralis s. circumscripta in stad. atrophiae* (Wecker). O leczeniu obecnie myśleć nie można było, tém mniéj, ile że okres ostry zapalenia przeminął. Wstrzykiwań azotanu strychninu z powodów, o których niżéj wspomnę, nie zalecano, chora zresztą niezapytywana z góry oświadczyła, iż na ponowne wstrzykiwania się nie zgodzi.

5. Jan. W protokołach kliniki ruchoméj z r. 1875 znalazłem, iż chorego badano i że cierpi na kurzą ślepotę i rozpoczynający się zanik nerwu wzrokowego. Znając rodzinę chorego zapisano: *Retinitis pigmentosa sine pigmentat.* Bystrość wzroku przy świetle dziennem wynosiła $^{20}/_{80}$ (?), przy zamkniętych zaś okiennicach nie rozpoznawał palców już na 1 metr, podczas kiedy inni ludzie przy tém samém oświetleniu widzieli palce na $5^1/_2$ m. Sam badałem chorego pierwszy raz w r. 1878 w lecie. Środki łamiące były czyste, tarcza nerwu wzrokowego trochę bledsza, brzeg jakby lekko przysłonięty, naczynia trochę węższe, na obwodzie brak przybłonka barwikowego, zresztą dno oka prawidłowe. Złogów barwika na obwodzie nie było. W marcu 1879 liczył pr. i l. okiem palce na 2 m. Pole widzenia zewsząd ścieśnione (do 30°). *Staphyloma post.* wązkie, tarcza nerwu wzrokowego szarawo blada, naczynia siatkówki węższe, zanik przybłonka barwikowego postąpił aż do saméj tarczy, sąsiedztwo plamki żółtéj trochę ciemniejsze. Choremu wstrzykiwano w skroń azotan strychninu. Po wstrzyknięciu 68 mgr. tego leku w przeciągu dni 14, poprawiła się bystrość wzroku na $^6/_{60}$. I w tym przypadku pole widzenia nie rozszerzyło się chociaż się bystrość wzroku poprawiła. Zdolność rozpoznawania barw badano sposobem Holmgrena. Do motka blado-zielonego dobierał chory szare i żółte odpowiadające numerom 1 i 3 tych barw, których chorzy dotknięci barwoślepem zwykle nie rozpoznają. Przy drugiéj próbie Holmgrena dobierał tylko czerwone motki. Chory był więc dotknięty niezupełnym barwoślepem. Przy trzeciéj próbie dobierał należycie motki, co jednak, zdaniem Holmgrena, na rozpoznanie nie wpływa. Pole widzenia badane papierem zabarwionym było dla wszystkich barw jednakowe co do rozciągłości. Podczas leczenia azotanem strychninu chory się nie skarżył na bóle głowy i czuł się zupełnie zdrowym. W tydzień jednak po ostatniém wstrzyknięciu zgłosił się do kliniki i skarżył na światłowstręt, ból w oczodole i w gałkach ocznych. Twierdził, iż chwilowo nic nie widzi, szczególnie zaś wtenczas, gdy z pomieszkania wychodzi. Przed oczami latają mu czerwone i ogniste światła. Przez dwa dni dokuczały mu rwące bóle w czole i nad oczodołem, jak je Arlt opisuje, jako charakterystyczne w przypadkach ostrego i przyostrego zapalenia naczyniówki. Bystrość wzroku = $^3/_{60}$. Oba oczy były równo twarde, nie twardsze niż moje, ale twardsze od oczu siostry (3), która z chorym do kliniki się zgłosiła. Wziernik wykazał: Tarcze nerwu wzrokowego zaczerwienione, lewa mocniéj niż prawa brzeg tarczy dobrze odgraniczony, przy badaniu w obrazie prostym lekko przysłonięty, barwik w głębszych częściach naczyniówki dobrze zachowany. Na samym obwodzie dna oczu kilka małych biało-żółtych plam (wypocin). W oku lewém, ku górze i zewnątrz od tarczy nerwu wzrokowego (obraz odwrotny) okrągła biała plama wielkości $^1/_3$ tarczy, wystająca nad poziom naczyniówki, na jéj brzegu złogi brunatnego barwika. Obraz wziernikowy wykazał, iż w tym przypadku mamy do czynienia ze zapaleniem obwodowych części naczyniówki. Zaczerwienienie tarczy nerwu wzrokowego nie mogło być ani skutkiem zapalenia siatkówki ani nerwu wzrokowego, gdyż naczynia siatkówki znacznie były węższe a brzeg tarczy ostro odgraniczony; lekką zaś zasłonę tłumaczyło stwardnienie *(sclerosis)* pierwocin nerwowych. Zdaje się więc, że zaczerwienienie tarczy, a względnie przekrwienie naczyń włosowatych, ztąd pochodzi, iż z przepełnionego splotu Hallera pewna część krwi dostała się do układu naczyń włosowatych tarczy, które z naczyniami Hallera w związku pozostają. Wprawdzie zaprzeczyć się nie da, iż ze zwężeniem naczyń siatkówkowych połączony był zanik

pewnéj liczby naczyń włosowatych tarczy; z drugiéj jednak strony uwzględnić trzeba wielką rozszerzalność naczyń włosowatych pod napływem krwi a samo rozszerzenie wystarczyć mogło, aby zaczerwienienie sprowadzić. Podobne zmiany na tarczy, która przy poprzedzających badaniach bladą była, spostrzegaliśmy w przypadku 4. Zaczerwienienie tarczy towarzyszyło tam zapaleniu przylegających do plamki żółtéj części naczyniówki. Czy naczynia naczyniówki grubsze były, orzec trudno, chociaż obraz wziernikowy tkwił dobrze w pamięci, gdyż chorego przed tygodniem bardzo dokładnie ba dano. Trzeba bowiem uwzględnić, iż już w stanie prawidłowym szerokość naczyń jest rozmaita, że mamy w tych samych warstwach gałązki rozmaitego stopnia a w rozmaitych warstwach znowu naczynia równéj grubości.

Pomijając już dalszy przebieg choroby podam nakoniec opis stanu oczu z listopada zeszłego roku. Prawém okiem liczy palce na pół metra, lewém widzi tylko ruchy ręki na jeden metr. Szerokość obrączki twardówkowéj równa się jednéj trzeciéj średnicy tarczy nerwu wzrokowego. Naczynia siatkówki są wązkie. Odblask wydobywający się z oka jest różowy, podczas kiedy u tamtych chorych jest daleko bledszy. W oku lewém ku górze i zewnątrz widać w naczyniówce podłużną dobrze odgraniczoną białą plamę, wielkości tarczy nerwu wzrokowego z osią podłużną idącą od góry wewnątrz ku dołowi zewnątrz. W plamie widać jeszcze kilka wązkich naczyń naczyniówkowych, a obok nich złogi barwika, na obwodzie zaś plamy także czarny wązki rąbek barwikowy. W plamce żółtéj nie ma zmian patologicznych. Przy rozszerzonéj źrenicy widać na samym obwodzie zanikłe miejsca w naczyniówce. Złogów barwikowych w obwodzie nie znalazłem.

I. Ilość barwika. Naprzód zwrócimy uwagę na ilość barwika, który wniknął do siatkówki. W przypadku 1 i 2 znajdujemy najwięcéj złogów, trochę zaś mniéj w przypadku 4 i to już w okresie choroby, w którym bystrość wzroku wynosiła jeszcze $^1/_6$. W przypadkach 3 i 5 złogów barwikowych nie ma, chociaż zwyrodnienie i zanik pierwocin nerwowych do tego stopnia doszły, iż zajęły plamkę żółtą, gdyż w jednym przypadku (3) już i poczucia światła nie było, w drugim zaś (5) nie wiele więcéj niż proste poczucie świała pozostało. Że ta pierwotna sprawa siatkówkowa doprowadziła do tak znacznego stopnia upośledzenia wzroku, można tém pewniéj twierdzić, ile że właśnie pod plamką żółtą naczyniówka była prawidłowa.

Znaną jest rzeczą, iż z ilości barwika nie możemy wnosić, o ile w ogóle choroba postąpiła. Wiemy tylko, iż te części siatkówki, w które już barwik wniknął, są na światło nieczułe, że więc złogi barwikowe w obwodowych częściach siatkówki wnosić pozwalają o ścieśnieniu pola widzenia. Bystrość widzenia naośnego może być przy tém rozmaita, a nawet równać się zeru, jeżeli zwyrodnienie w plamce żółtéj sprowadziło zanik pierwocin czułych na światło, co jednak może się odbyć bez wytworzenia barwika. W tych przypadkach wreszcie, w których się barwik raz pojawił, ilość tegoż z trwaniem choroby się powiększa.

T. Leber jednak twierdzi, — a przed nim już i Alb. Graefe tę myśl poruszył, — iż przecież w niektórych przypadkach z ilości barwika można wnosić o trwaniu choroby tudzież o stopniu upośledzenia wzroku, a to mianowicie tam, gdzie chorzy należą do téj saméj rodziny. Zapatrywanie to opiera się na tém przypuszczeniu, iż wspólna przyczyna, którą jest dziedziczność, u wszystkich członków rodziny w ten sam sposób objawiać się będzie, a zatém choroba przebiegając u wszystkich w ten sam mniéj więcéj sposób, w odpowiednich okresach, odpowiednie ilości barwika wykazywać będzie. (Leber, *Krankheiten der Netzhaut* str. 640.). Tymczasem nasze przypadki, szczególnie 3 i 4, wykazują, że ilość barwika, nawet przy zupełnie równéj odziedziczonéj skłonności, nie może być miarą ani trwania choroby ani upośledzenia wzroku, ani téż w ogóle nie oznacza, jak ciężką jest choroba.

Samo cierpienie oczu jak i przebieg tegoż u wszystkich w ogóle jest tak zgodne, że nie można upatrywać zasadniczéj różnicy co do istoty choroby. Budową ciała lub odżywieniem chorzy wcale nie różnili się, a od lat dziecięcych tym samym zewnętrznym ulegali wpływom. W obec tego nie podobna wykryć przyczyny, dla któréj raz brak jest barwika, innym zaś razem obficie go napotykamy. Okoliczność ta nasuwa myśl, iż złogi barwikowe są czémś, jeżeli nie przypadkowém to przynajmniéj do istoty choroby nienależącém. (Dok. nast.)

III. Pożywka peptonowa przyrządzana sposobem domowym dla użycia w praktyce lekarskiéj.

Podał Dr. Walery Jawerski.

Bardzo często zdarza się lekarzowi, że w obec chorego jest zniewolony do zajęcia stanowiska wyczekującego i do skierowania szczególnie swéj uwagi na utrzymanie odżywienia. We wielu przypadkach chorób gorączkowych, jak i niektórych przewlocznych, jest to jedyny racyjonalny sposób leczenia. Chcąc zadość uczynić powyższemu wskazaniu ma jednak lekarz do walczenia przy wszystkich chorobach przewodu pokarmowego i chorobach gorączkowych:

1) z brakiem wydzielin trawiących albo ze zmienionym ich chemizmem tak, że nie wywierają żadnego działaniana pokarmy;

2) z przeczulicą lub niedowładem błony mięsnéj przewodu pokarmowego, mogącemi się powiększyć przez niestósowne żywienie;

3) ze zmniejszoném przyswajaniem sobie pokarmów w skutek zmian w narządzie chłoniczym; a wreszcie

4) z oddziaływaniem wprowadzonych a niezużytych resztek pokarmów, już to na podwyższenie istniejącéj gorączki już na przypady ze strony przewodu pokarmowego samego.

Ztąd okazuje się, że pokarmy do chorego ustroju należy wprowadzać w odpowiedniéj tylko ilości i jakości i w tym to celu z biegiem czasu zalecano cały szereg pożywek azotowych dla chorych już to w stanie rozpuszczalnym, już to w strawionym poza ustrojem samym. Do takich każdemu praktycznemu lekarzowi znanych należą: *Extr. carnis frig. (acido) parat. Liebig*, *Extr. carn. calide parat. Liebig*, *solutio carn. Leube-Rosenthal*, *solutio carn. Kussmaul*, *solutio*, *carn. pancreatica ad clysma Leube*, *peptonum Sanders* i wiele jeszcze innych tego rodzaju przetworów. Pożywnych przetworów, w których szczegółowy rozbiór na tém miejscu się nie wdaję, istnieje dość znaczny wybór, a coś nowego w zasadzie trudno jeszcze złożyć. W przyrządzaniu i zastósowaniu praktycznem jednak są możliwe jeszcze ulepszenia, dla tego podaję poniżéj sposób przyrządzania pożywki peptonowéj, tak że każda kuchnia każdego czasu w świeżym stanie może ją przygotować.

Pożywka ta uwzględnia najprzód wyżéj wymienione stany chorobowe, a opiera się na następujących danych chemicznych. Przez wytrawianie mięsa np. wołowego, przedsta-

wiającego 21% białka, kw. solnym 0·03—1% przy + 40° C. przez kilkanaście godzin, przemienia się przeważna część istot białkowatych na syntonin, a ten w obec pepsyny na parapepton i pepton. Pozostawiając więc rozdrobnione mięso z kw. solnym i pepsyną w ciepłém miejscu dłuższy czas a potém utrzymując przy wrzeniu przez jednę do dwóch godzin otrzymuje się rozczyn peptonów wraz z ciałami wyciągowemi i nieznaczną ilość ciał stałych w postaci zawiesiny, pochodzących od niestrawionéj zbitéj tkanki łącznéj. Ciecz cała przedstawia niejako rozpuszczone mięso, w stanie zatém najwięcéj przydatnym do wessania. Chcąc taką ciecz zamienić na pokarm należy kwas solny zobojętnić węglanem sodowym, przez co tworzy się chlorek sodu i czyni solenie zbytecznem. Aby do takiéj pożywki domięszać innych składników pożywnych jak tłuszczu, wodników węgla i soli nieorganicznych i nadać również smak odpowiadający codziennym pokarmom, należy dodać do powyższego rozczynu jarzyn dodawanych do rosołów zwyczajnych, jakotéż zaprawy w postaci kuchennéj „zaprażki dobrze rumianéj“, składającéj się z wyprażonéj mąki wraz ze świeżym tłuszczem (masłem) a jeżeli stan chorego pozwala z dodatkiem cebuli, gałki muszkatołowéj lub innéj przyprawy.

Lekarz zalecający taką pożywkę postąpi sobie najstósowniéj w ten sposób:

1) Zapisuje z apteki dwa rozczyny:

Rp. Ac. hydrochlor. conc. puri p. sp. 1,12
40·00
Pepsini germ. solub.
0·50
Aq. font. commun.
1000·00
M. D. S. Do wiadomego użytku Nr. 1szy.
i *Rp. Natri carbonici cryst.*
40·00
Aq. font. dest.
100·00
M. D. S. Nr. 2gi.

2) Całą ilość rozczynu Nr. 1 każe, np. wieczorem, nalać na 500·0 gr. posiekanego mięsa wołowego nie zawierającego znaczniejszéj ilości tłuszczu, ścięgien ani kości, tę mięszaninę pozostawić przez noc na miejscu ciepłém mięszając od czasu do czasu, a rano dolawszy do niéj przynajmniéj jeden litr wody studziennéj i dodawszy jarzyn kuchennych utrzymywać przez jednę do dwóch godzin we wrzeniu.

3) Po rozpłynięciu się mięsa należy dodać zaprawy w postaci „zaprażki kuchennéj dobrze rumianéj“ i zagotować znów do wrzenia w celu rozpuszczenia skrobi jako dekstryny.

4) Z rozczynu Nr. 2 dolewa się do pożywki przed jéj użyciem tak długo po trosze ciągle mięszając, dopóki nie ustanie burzenie od wydobywającego się kw. węglowego pochodzące, a smak kwaśny zniknie.

Powyższa ilość pożywki powinna przeciętnie wystarczyć przez jednę dobę na cztery do pięciu dawek. Jak długo oddziaływanie powyższego rozczynu mięsnego będzie kwaśne, powinno się do mięszania używać tylko łyżek srebrnych a lepiéj jeszcze drewnianych. Pożywka niniejsza zawiera przeszło 100 gr. białka, przeważnie zamienionego na peptony, w najodpowiedniejszéj zatém formie do wessania, kilkadziesiąt gramów tłuszczu i wodników węgla w postaci dekstryny oraz i składniki nieorganiczne z jarzyn, zatém wszystkie do odżywiania potrzebne połączenia w stanie rozpuszczalnym. Jest więc przydatną do odżywiania w stanach podgorączkowych, w pierwszych okresach chorób ostrych, a szczególnie w okresie ozdrawiania używając obok niéj napojów wyskokowych w stósownéj ilości.

Chcąc jéj użyć w stanach gorączkowych potrzeba: *a)* przed spożyciem przecedzić przez gęste sito lub płótno, aby z niéj wydalić zawiesinę, składającą się przeważnie z niestrawionéj tkanki łącznéj, któraby tworzyła pozostałość nie do strawienia w przewodzie pokarmowym; *b)* zmniejszyć ilość mięsa, tłuszczu i mąki na taką samą ilość innych płynów a to celem ułatwienia wessania z rozczynu więcéj rozcieńczonego. Przy zajęciu nieżytowém przewodu pokarmowego lub narządu oddechowego można polecić dolewanie rozczynu sody, aż do wystąpienia smaku alkalicznego; trzeba jednak pamiętać, że smak przyjemny i orzeźwiający pożywki występuje wtedy, jeżeli ona jest słabo kwaśną z powodu kwasu węglowego, a w miarę oddziaływania alkalicznego powstaje smak mdławy i słaba woń świeżego chleba.

Pożywki przesączonéj i zobojętnionéj węglanem sodowym można również z dobrym skutkiem używać w lewatywach.

Korzyści, jakie spostrzegam w używaniu jéj, są następujące:

a) Zawiera największą możliwą ilość pożywnych łatwo przyswajalnych i to wszystkich do odżywienia potrzebnych składników, bo całą ilość białka nawet nierozpuszczalnego przeważnie w postaci peptonów, dozwala zatém większego zużytkowania materyjału pożywczego, aniżeli przy użyciu bulijonu, *Extr. carn. frigide v. calide parat. Liebig.*

b) Smakiem nie różni się od zwyczajnie używanych rosołów; nadto stósownie do przypadku daje się smak i skład podług ordynacyi lekarza zmieniać, podczas gdy zwyczajne peptonowe przetwory, jak zwykle zalecany *Sandersa* jest według zdania Maly'ego raczéj gąszczem, zawierającym ciała rozkładowe gnicia woni obrzydliwéj, aniżeli przetworem peptonowym. (*Wien. Med. Blätt.* 1880. Nr. 32).

c) Jest potrawą świeżą łatwą do przyrządzania sposobem domowym, w dowolnéj ilości i każdego czasu bez osobnych przyrządów; dla tego zaleca się do rozpowszechnienia żywienia chorych peptonami, podczas gdy *sol. carn. Leube-Rosenthal* albo *sol. carn. Kussmaul* wymagają do otrzymywania długiego czasu i osobnych naczyń.

d) Cena pożywki jest nader niską, gdyż opłaca się tylko za materyjał surowy i tak: 500 gr. mięsa kosztują 24 cent., tłuszcz i inne dodatki 10 cent., pierwszy i drugi płyn podług taksy aptekarskiéj kosztuje (59+16)=75 c., razem więc cena pożywienia na całą dobę wynosi 1 złr. 9 c.

e) Lekarz może zmieniać skład pożywki stósownie do nasilenia choroby, łaknienia, smaku chorego, może ją podawać tak *per os*, jak i *per anum*, a nadto może równocześnie dodawać inne środki lecznicze.

Podając przepis ten na przyrządzanie powyższéj pożywki do wiadomości szan. Kolegów nadmieniam, że ją dla próby z dobrym skutkiem bez żadnych przypadków ubocznych przez 14 dni stósowałem; zarazem upraszam o ogłaszanie wyników z jéj użycia w praktyce. Szczegółowe stosunki ilościowe pod względem chemicznym w dalszym ciągu ogłoszę.

IV. Hydroterapija a suchoty płucne.

Podał Dr. Stanisław Smoleński.
Lekarz zdrojowy w Gleichenbergu.

(Dokończenie. Patrz Nr. 16).

Czy może zechce kto przywiązywać wagę do zdania Röhriga (*Physiol. der Haut*), że ciała lotne i ciecze roz-

pylone zdołają przenikać skórę od zewnątrz na wewnątrz i w ten sposób tłumaczyć zbawienne wrzekomo działanie opasek piersiowych na sprawy chorobowe płuc? Winternitz bardzo jest do tego skłonny, jakkolwiek kwestyja powyższa pomimo prac Röhriga, Brémonda i innych nie została jeszcze stanowczo rozstrzygniętą.

Wiadomo, że zmiany gruźlicze płuc a nawet innych narządów mogą być wyleczone w każdym wieku życia i to „nawet wśród bardzo niekorzystnych warunków“ (Heitler, *Wien. Klinik* 10 H. 1880), tém więcéj zaś w odpowiednich warunkach klimatycznych z uwzględnieniem zasad dyjetetycznych i higijenicznych. Jeżeli więc niektórzy hydroterapeuci, rozporządzający zazwyczaj i powyższemi warunkami, przecież główną zasługę przypisują procedurom hydryjatrycznym, to mogłaby to być *oratio pro domo sua*, którą do należytéj trzebaby redukować wartości. Zresztą przypadki kazuistyczne, odnoszące się do kwestyi w mowie będącéj, a przez hydroterapeutów jako dowód skuteczności opasek piersiowych w suchotach płucnych przytaczane, jużto pozostawiają bardzo wiele do życzenia pod względem dyjagnostycznym, już też brzmią wręcz jak legendy.

Uwagi godnym jest np. ustęp o leczeniu gruźlicy w broszurze Czerwińskiego (*Compend. der Thermother.*) Kto książeczkę tę zdołał odczytać do str. 168, temu nie godzi się wątpić, skoro w dalszym toku ujrzy napis o leczeniu gruźlicy, że i ta choroba nie oprze się wszechwładnéj hydroterapii Czerwińskiego. I zaiste przewidywania te czytelnika nie zawodzą. Jest tam opis jednego tylko przypadku kazuistycznego, ale ma on ważyć za wiele innych. Dotyczy on pewnéj kobiety, która przed laty zapadła na „chroniczne zapalenie płuc“. „Przez całe 2 łata choroba rozwijała się bez przerwy, żaden środek nie pomagał, autor był w rozpaczy“... Na żądanie choréj uciekł się nareszcie do opasek piersiowych, po których równie jak i Prysznic nie otrzymywał był dawniéj bynajmniéj dodatnich rezultatów. Tym razem wpadł autor na myśl, aby w celu zapobieżenia parowaniu wody pierwszą wilgotną opaskę pokryć płótnem sprężnikowém. I oto o cudo! już po pierwszéj takiéj opasce chora po raz pierwszy od 2 lat nie miała dreszczu wieczorem a w nocy potów! W 6 tygodni chora wyzdrowiała!...

Jak widać z opisu, autor główny kładzie nacisk na owo płótno sprężnikowe, ono to ma być owém jajem Kolumba, którego zagadkę rozwiązał drugi Prysznic. Mimo to jest to w rocznikach autora przypadek odosobniony i owo misteryjum bynajmniéj nie zachęca autora do doświadczania go na jak największéj liczbie suchotników (str. 172).

Jaki wpływ może wywierać pokrycie pierwszéj opaski wilgotnéj płótnem sprężnikowém? Pojmujemy, że użycie materyjału nieprzepuszczającego wilgoci jest wygodném, gdyż ochrania chorych od zwilżania bielizny itp., ale czy ma jakie znaczenie zasadnicze w przeciwstawieniu do opasek bez takiegoż materyjału?

W tym względzie łatwo się przekonać doświadczalnie pomiarami termometrycznemi, że opaska pokryta płótnem sprężnikowém, ceratą lub tp. materyjami rychléj się oziębia niż opaska pokryta szczelnie suchém płótnem zwyczajném. Doświadczenie to obala wyrozumowaną teoryję, według któréj opaska pokryta płótnem sprężnikowém ma być i po 11 godzinach wilgotną a ciepłota pod nią coraz bardziéj się powiększać (Czerwiński, *Compend.* 130), ba nawet ciepłota ta miałaby przewyższać prawidłową temperaturę ustroju (111) i ciągle jeszcze wzrastać(!). Wbrew temu dowolnemu twierdzeniu, na którém ma się opierać cała cudowna wartość lecznicza opasek piersiowych, nauka stwierdziła co innego. W téj mierze odsyłam czytelnika do badań Winternitza (II, 65 i nast.), z których wynika, że opaska pod płótnem sprężnikowém wprawdzie rychléj się ogrzewa oraz że wolniéj wysycha, że jednak natomiast rychléj się oziębia aniżeli bez płótna sprężnikowego, a przy tém utrudniając ulatnianie się pewnych wydzielin skórnych często sprowadza wyprysk skórny, czyraki itp. (Runge, *Valentiners Balneotherapie* 540). Z pomiarów termometrycznych wynika, że opaska pokryta płótnem gutaperczaném nie wysycha jeszcze i po 8 godzinach, gdy opaska bez takiegoż pokrycia wysycha w tym czasie zupełnie; tudzież że pierwsza (z gutap.) największemu ulega ogrzaniu o tym samym mniéj więcéj czasie po założeniu co i opaska druga (bez gutap.), przy czém temperatura pod pierwszą przewyższa pierwotną temperaturę skóry o 1·5° C. (wynosi więc około 36·5, czego przecież nikt nie będzie uważał za ciepłotę przewyższającą temperaturę krwi), pod drugą zaś o 1·1° C. To wszystko przemawiałoby poniekąd za użyciem gutaperchy; pozorna korzyść jednakże niknie w obec faktu, że opaska z gutaperchą po 2 godzinach nagle szybko zaczyna ziębnąć, w 3 godz. temperatura pod nią jest niższą od pierwotnéj (skóry) a w 8 godz. już niższą o przeszło 2·0° C., gdy druga (bez gutap.) w 3 godz. jeszcze ma ciepłotę pierwotną skóry, powoli następnie chłodnie a po 8 godz. choć już jest suchą, zaledwie o 1° C. okazuje temperaturę niższą od pierwotnéj ciepłoty skóry.

O prawdziwości powyższych wypadków termometrycznych każdy snadnie przekonać się może.

Pokrywanie zatém opaski płótnem sprężnikowém ma swoje strony wygodne i pozornie korzystne, ale ma i ujemne. Tyle pewna, że nie pokrycie kauczukowe jest owém *arcanum* leczącém w 6 tygodniach dwuletnie suchoty płucne połączone z codziennemi dreszczami pod wieczór i potami nocnemi.

Na wieść o rezultatach leczniczych Rokitanskiego zebrała się przed rokiem osobna komisyja z lekarzy, którzy badali wyleczonych wrzekomo bedźwinianem sodowym suchotników; w naszym przypadku sama pozycyja towarzyska choréj uniemożebniłaby podobne zabiegi czyjekolwiek. Przypadek powyższy Czerwińskiego uchyla się zatém z pod wszelkiéj krytyki lekarzy, którym wolno wierzyć ale i wątpliwości za złe brać nie można. W tym względzie byłem w tak szczęśliwém położeniu, że lecząc tę samą chorą na ostry katar żołądka miałem sposobność dokładnego zbadania jéj płuc. Pacyjentka około l. 40 licząca, o szczupłéj budowie ciała i podupadłém odżywieniu (co się w części tłumaczy 7krotném poronieniem w ciągu lat 5 i ciężkiemi krwotokami poporodowemi — *Compend.* str. 169), cierpi na przewlekły nieżyt oskrzelowy ze skłonnością do eksacerbacyj, miernego stopnia rozedmę płuc i lekkiego stopnia *asthma bronchiale;* o przebyciu jakichkolwiek chronicznych zmian zapalnych miąższu płucnego, któreby następową retrakcyję płuc, zapadnięcie klatki piersiowéj itd. wywołać musiały, nie znalazłem żadnego śladu. Dotyczy to mianowicie płuca prawego, które według autora (str. 169) miało w r. 1875 (tj. 5 lat po owém wyleczeniu) wykazywać oddech oskrzelowy a w którém, podobnie jak i w lewém, znalazłem w styczniu 1881 wdech wszędzie pęcherzykowy, wydech zaostrzony obok objawów chronicznego suchego nieżytu większych oskrzeli.

Nie mogąc wątpić o wiarogodności i dokładności badania autora aż do r. 1875 a i do rezultatów własnego badania z r. 1881 przywiązując pewną wagę, dwa te tak sprzeczne wypadki badania chyba w ten sposób ze sobą mógłbym pogodzić, że od r. 1875 pod wpływem nieustającéj prawie do dziś dnia kuracyi wodnéj zniszczony 7letnią chorobą miąższ płucny uległ zupełnéj regeneracyi i do pierwotnego powrócił stanu prawidłowego. Dla czego autor wyniku tego nie ogłosi, owszem do dziś dnia utrzymuje, że pacyjentka jedném tylko oddycha płucem, trudno mi pojąć gdyżby to był tryjumf, o jakim świat lekarski dotychczas ani zamarzyć sobie nie pozwolił i niezawodnie nigdy nie pozwoli.

Przypadek Winternitza (*Hydrother.* II, 98) zachowywał się nieco inaczéj. Dotyczył on 23 letniéj dziewczyny z *phthisis florida*; pod wpływem podawania nastoju Fowlera, kuracyi mlecznéj, klimatoterapii i zakładania na noc opasek (bez gutaperchy) gorączka ciągła zmieniła się na przepuszczającą a długi jeszcze czas pojawiały się nasilenia gorączkowe i poty nocne, nareszcie po 5 miesiącach chora przestała kaszleć a po 6 miesiącach wyzdrowiała. Badanie fizyczne wykazało w końcu jamę w szczycie lewym i obniżenie szczytu prawego. Nie można na podstawie tego przypadku rozbierać wartości leczniczéj opasek piersiowych, którym Winternitz w pewnéj części przypisuje tak pomyślny rezultat leczniczy, gdyż prócz opasek piersiowych stósowano zmywania ciała, podawano nastój Fowlera, a przedewszystkiém umieszczono chorą wśród znakomitych warunków klimatycznych, higijenicznych i dyjetetycznych.

Do tych to warunków odnieść należy niewielki procent pomyślnych rezultatów w chorobach płucnych, jaki sam obserwowałem przy leczeniu hydryjatryczném, rezultatów polegających na poprawioném odżywieniu, powiększeniu ciężaru ciała, złagodzeniu kaszlu itp. objawów. Procent ten, jak powiadam, nader mały, byłby niezawodnie większym przy racyjonalném leczeniu klimatyczném z zastósowaniem wskazanych w każdym przypadku zabiegów hydroterapeutycznych, skierowanych jużto przeciw nadmiernéj gorączce, jużto rozpływnym potom i biegunce itp. Szablonowe traktowanie chorych płucnych czy to opaskami piersiowemi z kauczukiem czy bez kauczuku czy natryskami (w Davos) itp. nigdy sobie nie zdobędzie wartości ogólnego środka leczniczego w chorobie tak zmiennéj i różnorodnéj jak suchoty płucne.

Słusznie powiada doświadczony Pinoff (*Handbuch d. Hydrother. 381*): „*Wenn einzelne Autoren das Vertrauen zu dem Wasserheilverfahren haben, dass dasselbe ein Heilmittel gegen die Tuberculose sei..., so gehen sie nach meiner Ueberzeugung in ihrer Vertrauensseligkeit zu weit*“.

Wykrzyk więc Czerwińskiego: *Die Bahn ist gebrochen, mögen sie recht viele Aerzte betreten*! jest w odniesieniu do leczenia „gruźlicy“ opaskami piersiowemi bałamutnym zachwytem; trzeźwo myślący lekarz wié, co o tém myśleć.

Tyle na dziś. Dalsze uwagi z zakresu hydroterapii odkładam sobie na późniéj.

V. Oceny i sprawozdania.

O cięciu cesarskiem i jego metodach

napisał Dr. A. Mars

Docent położnictwa i Asystent kliniki położniczo-ginekologicznéj U. J.

Przez wyrażenie „cięcie cesarskie“ (*sectio caesarea, laparo-hysterotomia*) rozumiemy operacyję, wśród któréj torujemy dla płodu sztuczną drogę porodową przez nacinanie powłok brzusznych i ściany macicy. Operacyja ta była już w odległéj starożytności na zmarłych niewiastach brzemiennych wykonywaną, a nawet istniało prawo przypisywane Numie Pompilijuszowi, „*lex regia*“ zwane, które nakazywało wykonywanie cięcia cesarskiego na każdéj zmarłéj brzemiennéj. Prawo to, acz w odmiennéj formie, bo w celu wykonania chrztu na dającym jeszcze znaki życia płodzie, utrzymało się za czasów chrześcijaństwa i dotrwało do dni dzisiejszych. Odnośnie do tego istnieje podanie: że *Scipio Africanus* pierwszy z cezarów z przeciętego łona zmarłéj wśród porodu matki wydobyty, dlatego, że *ex utero caeso* pochodził, cezarem nazwany został. Podanie to, które *Shakespeare* tak pięknie w Makbecie zużytkował, łączy się i z innemi sławnemi imionami, jak Manilijusza, Gorgijasza z Leontium, Andrzeja Dorii, Napoleona I i t. d. Imiona te wykazują nam, że pochodzenie téj operacyi starożytnych sięga czasów, a mimo to przez długie wieki wykonywano ją tylko na zmarłych niewiastach brzemiennych. Kto i gdzie wykonał po raz pierwszy operacyję tą na osobie żywéj, trudno powiedzieć, zdania bowiem autorów się tutaj różnią, to jednak pewném jest, że wykonywać ją poczęto dopiero z końcem XVI lub początkiem XVII wieku. I tutaj mamy podanie, że pierwszy miał wykonać na osobie żywéj cięcie cesarskie Nufer rzeźnik, ratując tym sposobem swą żonę i dziecko. Pojedyncze przypadki odnoszące się do wieku XVI wspomnione przez Döringa i Donata, jakoteż 15 przypadków opisanych przez Franciszka Rousseta w r. 1581 podane są tak, że nie można powiedzieć z pewnością, czy to były operacyje cięcia cesarskiego na osobach żywych, lub też laparotomije wykonane w celu urodzenia płodów, które po pęknięciu macicy lub torbiela ciąży zamacicznéj do jamy brzusznej się dostały. Pierwszy pewny przypadek téj operacyi wykonanéj na osobie żywej pochodzi z r. 1610, operowany przez Trautmanna, jak to zgodnie podają Tandler, Sennert, Döring i Fabricius Hildanus. Różni operatorowie z różném szczęściem i na różny zapewno sposób wykonywali cięcie cesarskie na osobach żywych w ciągu 17 stulecia. Brak ustalonych zasad, złe wyniki operacyi były zapewne przyczyną, że operacyja ta niemiała ogólnego uznania. Między przeciwnikami téj operacyi spotykamy imiona autorów jak: Paré, Guillemeau, Mauriceau, Viardes, Marchant, Sacombe i t. d., ale i nie mniéj poważnych miała też obrońców. Zabiegom Levreta i Steina udało się nadać téj operacyi podstawę naukową, mimo to jednak znaczna śmiertelność po operacyi, trudności w jéj wykonaniu, a wreszcie bezsilność w obec przypadów wśród operacyi się zdarzających, dawały pochop do wymyślania różnych poprawek w metodzie operacyjnéj i do tworzenia nowych operacyj, które miały na celu zastąpić operacyję cięcia cesarskiego, w mniejszéj lub większéj liczbie przypadków. Poprawki dotyczyły przeważnie cięcia w powłokach brzusznych i opatrzenia ran operacyjnych; mówić o nich będę opisując pojedyncze akta operacyi.

Co się tyczy nowych operacyj to w r. 1768 podał Sigault plan nowéj operacyi tak zwanéj symphysiotomii, która polegała na przecięciu spojenia kości łonowych w celu powiększenia tym sposobem wymiarów miednicy. W roku 1777 wykonał ją na słynnéj z tego powodu pani Souchot z pomyślnym skutkiem. Przypadek ten zjednał autorowi medal złoty, a operacyja nabrała z razu nader wielkiego rozgłosu, którym się niedługo mógł cieszyć, albowiem Lauverjat, Baudelocque, a wreszcie Kilian wykazali, że sławione zalety ope-

racyi nie są słuszne, i tak: że powiększenie wymiarów miednicy przy téj operacyi jest nieznaczne, bo w wymiarze prostym wchodu miednicy nie więcéj jak 2—3 cali wynosi; że zdarzały się przypadki, w których po dokonaniu téj operacyi musiano do wymóżdzenia płodu, a nawet do cięcia cesarskiego przystąpić, daléj pomijając trudność w wykonaniu, że śmiertelność matek i dzieci nie jest mniejszą niż przy operacyi cięcia cesarskiego, a wreszcie, że w przypadkach wyzdrowienia wytwarzają się nader uciążliwe stany patologiczne, jak n. p. nader utrudniony chwiejny chód, wypadnięcie pochwy i macicy, obumieranie kości łonowych, rozległe przetoki pęcherzowe i t. d. Jedném słowem operacyja ta zupełne porzuconą została.

W r. 1786 podał Aitken w Edinburgu operacyję, którą nazwał pubiotomiją, wśród której chciał przepiłowywać obustronnie poziome gałęzie kości łonowych, aby wypiłowany kawałek mógł być później tak zagojony, żeby wystawał ku przodowi przed resztami kości łonowych, a tém samém aby wymiary proste miednicy mogły być i na przyszłość powiększone. Operacyja ta nie znalazła zwolenników i nie była téż na osobie żywéj wykonaną. Pod koniec XVIII stulecia wystąpił Cavallini z propozycyją wycinania macicy przy operacyi cięcia cesarskiego, robił nawet doświadczenia na zwierzętach, myśl ta jednak została pominiętą podówczas.

W r. 1806 podał Joerg nową operacyję, znaną pod nazwą laparo-elytrotomii. Operacyja ta ma na celu utorowanie sztucznéj drogi porodowéj dla płodu przez powłoki brzuszne z ominięciem przecięcia macicy. Pierwszy wykonał tą operacyję Ritgen w r. 1820 a zaraz po nim Baudelocque w r. 1823. Wykonywano ją w sposób następujący: po przecięciu skóry nad więzem Pouparta jednéj strony operator drążył ku jamie miednicy omijając starannie przecięcia otrzewnéj dopóty, aż dosiągnął pochwy, którą asystujący ku górze napinał, dosiągnąwszy takowéj otwierał ją na małéj przestrzeni nożem, otwór rozszerzał tępym sposobem, aby nie skaleczyć moczowodów, przechylał potém dno macicy ku stronie przeciwnéj tak, aby ujście zewnętrzne macicy ile możności do rany w ścianie brzusznéj przybliżyć i przez nią płód z macicy wydobyć. I ta operacyja poszła w zapomnienie.

W r. 1824 podał i wykonał na osobie żywéj Galbiati w Neapolu operacyję, którą nazwał pelviotomiją. Autor téj barbarzyńskiéj operacyi, wśród której przecinał miednicę w 5ciu miejscach, a mianowicie przecinał spojenie kości łonowych i przepiłowywał połączenie tychże z kośćmi biodrowemi i siedzeniowemi, miał z własnéj namowy tylko jednego naśladowcę Ippolito Nunziante. W r. 1858 Christophoros proponował operacyję: *resectio ossium pubis*, nikt jéj jednakowoż nie wykonywał. W ostatnich czasach wyrwali z zapomnienia laparo-elytrotomiję Thomas i Skene i wykonali ją około roku 1870 kilkakrotnie z dość pomyślnym skutkiem. W obec bardzo nielicznéj statystyki téj operacyi trudno więcéj powiedzieć nad to, że jéj zdrowa myśl przewodniczy, chociaż nie lada trudności do zwalczenia podaje, i nie we wszystkich przypadkach może zastąpić operacyję cięcia cesarskiego.

Jak z krótkiego tego opisu widzimy, aż do ostatnich lat utrzymała się dawna operacyja cięcia cesarskiego, wszystkie bowiem wymyślane nowe operacyje nie dawały ani lepszych wyników, ani nie mogły jéj zastąpić we wszystkich przypadkach. W roku dopiero 1876 Porro, jak sam powiada, podjął myśl 100 lat pierwéj przez Cavalliniego rzuconą. Myśl tę podnosili już wprawdzie Michaëlis, Geser i Rein, robili doświadczenia na zwierzętach, ale wystąpienia ich nie znalazły zwolenników. Co więcéj nawet Storer wykonał w r. 1868 tę operacyję, t. j. wyciął macicę u pierwiastki, u której robiąc operacyję cięcia cesarskiego znalazł torbielowaty włókniak macicy. Storer wyciął macicę zmuszony powikłaniem, jak się sam z tego w swém sprawozdaniu tłumaczy. Porro pierwszy wykonał w Pawii nową metodę cięcia cesarskiego i przystąpił do operacyi z planem z góry zakreślonym, słusznie zatém jest uważany za wynalazcę metody, odtąd metodą według Porro zwanéj, mimo, że niemieccy autorowie utrzymują, jakoby Späth w Wiedniu a Hegar w Freiburgu robiąc operacyje cięcia cesarskiego z następowém wycięciem macicy o swym poprzedniku niewiedzieli, który prawie o rok pierwéj operacyję swą wykonał i niebawem drukiem ogłosił.

Czyniąc zadość założeniu przystępuję do opisu operacyi cięcia cesarskiego i jego metod. Operacyja cięcia cesarskiego bywa wykonywaną obecnie na osobach brzemiennych lub rodzących zmarłych, jako téż i na żywych. Metód operacyjnych mamy dwie, t. j. metodę dawniejszą cięcia cesarskiego i metodę Porro, z tych pierwsza wykonywaną bywa na osobach żywych i umarłych, druga zaś tylko na żywych.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

Dr. Collins Warren. **Patologija karbunkułu.**

Już dawno zgodzono się, że podstawę patologii karbunkułu stanowi obumarcie pewnéj części tkanki, ale panowała i panuje jeszcze znaczna różnica zapatrywań co do tego, czy rozchodzi się tu o obumarcie części właściwéj skóry lub tkanki komórkowéj, czy téż obu lub gruczołów. Objawy kliniczne tego cierpienia, acz cechujące, nie wystarczają do rozstrzygnięcia téj wątpliwości i dla tego znakomici chirurgowie różnie się na tę sprawę zapatrują. Dr. Collins Warren poświęcił wiele uwagi temu przedmiotowi i nabył przekonania, że patologija karbunkułu zostaje w ścisłym związku z pewnemi pierwiastkami budowy skóry, dotąd nieopisanemi, które nazwał *columnae adiposae*. Stwierdzoném jest, że w grubéj skórze opatrzonéj jedynie delikatnemi włosami (*lanugo*) znajdują się prawie prostopadłe szpary i cienkie kolumnowate przestwory sięgające od spodu torebek włosowych przez głębsze części *corium* do podskórnego *panniculus adiposus*. Przestwory te są wypełnione tłuszczem, naczyniami krwionośnemi, limfatycznemi, a zwykle także złożonemi gruczołami potnemi i do tych to przestworów odnosi się nazwa *columnae adiposae*. Prawie od środka tychże odchodzą boczne poziome odnogi tworzące sieć kanałów komunikacyjnych w *corium*, dającą się nastrzykać z podskórnego pokładu tłuszczowego. Tuż koło dolnego końca każdéj kolumny przechodzi szerokie pasmo włóknistéj tkanki od *corium* przez pokład tłuszczowy do głębszéj powięzi. Sąsiednie wiązki krzyżują się w różnych kierunkach, łączą więc skórę mniéj lub więcéj ściśle z głębszą powięzią; kolumny te znachodzą się jedynie w związku z torebkami włosowemi i w skórze grubéj z delikatnemi włoskami, w innych stosunkach torebki zaledwie dosięgają *corium*. Naczynia, które wszystkie dochodzą do właściwéj skóry przebijając jéj spodnią powierzchnię znachodzimy jedynie wzdłuż tych kolumn tłuszczowych i oddające boczne gałązki wzdłuż odnóg rzeczonych kolumn. Nacinając brzeg karbunkułu Dr. W. znajdował jako pierwszą zmianę naciek podskórnéj tkanki tłuszczowéj wędrującemi komórkami, które nachodzą *columnae adiposae* i szerzą się wzdłuż ich gałązek bocznych i odnóg, tak że ostatecznie nacieką jest skóra właściwa

w całéj grubości z wyjątkiem cienkiego powierzchownego pokładu, który wolny od tych kanałów nie przedstawia przestworów, wzdłuż których komórki mogłyby wędrować. To jest połączone z obrzmieniem i wydłużeniem kolumn i ze zniszczeniem właściwych ich składników a stają się one w tym stanie widocznemi gołém okiem jako małe wysterczające krostki, a często dojrzeć można, że tkwi w nich delikatny włosek.

Lecz znaleziono też i inne źródło tych małych powierzchownych krostek. Brodawki ulegają naciekowi i stają się edematycznemi, nabrzmiewają i często nabierają kształtu balonowatego, przyczém dolny koniec jest scieńczony; wówczas wystrzeliwują ponad powierzchnię, treść ich zamienia się w ropę i rychło uchodzi. Przyległe brodawki mogą się łączyć i tworzyć dość szerokie krosty, ale znów z drugiéj strony proces może się zatrzymać tuż przed ropieniem, a w zapalonych tkankach rozpoczyna się przeobrażenie wsteczne. Tymczasem naciek podskórny trwa daléj, szerzy się i wzmaga, powstrzymuje zaopatrywanie krwią nie rozkładając jednakowoż głębszych wiązek włókien przez niego przechodzących, te więc tworzą na dnie karbunkułu ciągnącą się i przylegającą masę. Można więc powiedzieć, że istotną przyrodę karbunkułu stanowi naciek ropny tkanki podskórnéj z nastrzykaniem pewnych prawidłowych jamek właściwéj skóry i zapalne produkta uciskające naczynia odżywcze i prowadzące do ropienia i rozpływu. Zwykłe usadowienie się karbunkułu i odmienny jego charakter skoro pojawi się na skórze, któréj *corium* jest bardzo cienkie lub włosy długie i twarde, sztywne, wskazują, iż wyjaśnienia jego własności należy szukać w odpowiedniéj budowie anatomicznéj. Patologija ta tłumaczy też w zupełności znaczną ulgę, jaką przynoszą nacięcia. Dr. Warren twierdzi, że nie tylko ropne nacieki ale także nowotwory, jak *sarcomata* i *naevus*, szerzą się ku powierzchni wzdłuż tych *columnae adiposae*, i że w takim razie można te stosunki łatwo rozpoznać gołém okiem. (*The Lancet* 1881, I, 14).

Dr. Grabowski.

H. Tomkins: **Przeciwgorączkowe leczenie duru brzusznego salicylanem sodowym.**

Autor poddawszy krytyce najważniejsze z dotychczasowych sposobów postępowania przeciwgorączkowego w durze brzusznym, uznaje na podstawie swoich doświadczeń szpitalnych leczenie salicylanem sodowym za najkorzystniejsze. T. stósował salicylan sodowy w sposób następujący:

Skoro tylko ciepłota przekroczyła 39·0 C., zadawał od 1·00 do 1·50 salicylanu sodowego co dwie godziny. W następstwie prawie stale ciepłota obniżała się po 6ciu zadawkach o 2—3 stopni C.; jeśli to nie nastąpiło, podawał daléj co 2 godziny tę samę dawkę leku, aż uzyskał żądane obniżenie się ciepłoty, co najpóźniéj po 24 godzinach następowało. Poczém dawkę zmniejszał do połowy (0·50—0·75 co 2—3 godziny), powiększając ją jednak wtedy, gdy ciepłota okazywała skłonność do znaczniejszéj eksacerbacyi wieczornéj. W ten sposób postępował od 3 do 10ciu dni, po upływie których ciepłota zwykle nie podnosiła się nad 38° C. z wyjątkiem rzadkich eksacerbacyj wieczornych, gdzie dochodziła do 38·5—39·0° C. W ciężkich, ze znaczniejszém osłabieniem serca przebiegających, przypadkach podawał równocześnie wyskok w formie wódki lub koniaku. Pod wpływem takiego leczenia autor miał mieć najkorzystniejsze wyniki. Postępowanie to jest wielce różne od zwykle stósowanego leczenia salicylanem sodowym, gdzie się zwykło podawać przed eksacerbacyjami naraz większe dawki salicylanu sodowego (2—3·00); polega ono na wcielaniu ustrojowi przez dłuższy czas regularnie mniejszych ilości tego środka. (*The Lancet*, 1881, I, 11 i 12). *Dr. Ponikło.*

Steinheim: **Leczenie wydęcia stożkowatego rogówki** (*keratoconus*) **ezerynem.**

Autor opisał przypadek wydęcia stożkowatego rogówki, który wyleczył stosując opaskę uciskową i zapuszczając ezeryn w przeciągu 2 miesięcy. Chory, malarz, cierpiał już przed 20 laty na wspomnianą chorobę na oku lewém. Autor wykonał operacyję według sposobu przez Graefego podanego i uzyskał S. $^{16}/_{200}$. Dziesięć lat późniéj zgłosił się chory z taką samą chorobą na oku prawém. Wzrok się był znacznie pogorszył, lecz chory pomimo to pracował. Przed kilkoma tygodniami mógł jeszcze czytać najdrobniejszy druk przyczém powiekami uciskał gałkę oczną, w skutek czego bezwiednie zmieniał krzywiznę wydęcia. W chwili, kiedy rozpoczęto leczenie, liczył tylko palce na 2 do 3 stóp. Chory domagał się operacyi, która po dłuższém stósowaniu wyżéj wspomnianych środków leczniczych stała się zbyteczną. Poprawę wzroku wykazuje cały szereg rysunków, które chory sporządzał, odrysowując przedłożone wzory, jak n. p. koła, krzyże i t. p. Obrazy z początku zupełnie zamazane i niepodobne do wzorów coraz wyraźniejszemi się stawały. Pęcherzykowato wypuklony szczyt stożka rogówkowego spłaszczył się w czasie leczenia a natomiast pozostało bliznowate zaciemnienie, któregoby od zwykłych zaćmień, jakie pozostają w rogówce po naciekach ropnych, odróżnić nie można. Obwód tegoż zmniejszył się z czasem. Po ukończeniu leczenia chory za pomocą szkieł periskopijnych z —3½ widział na 120 cm. bardzo dokładnie a więc w tém oddaleniu, w którém zazwyczaj malował. Czytał nawet pojedyńcze słowa skali Jaegra Nr. 1. Kilka miesięcy zaś późniéj czytał Snellena Nr. 1 na 3 cale. Wynik leczenia jest tak znakomity, iżby należało w każdym przypadku wydęcia stożkowatego zalecone środki stósować, a to tém bardziéj ile że operacyja Graefego nawet nie powstrzymuje we wszystkich przypadkach dalszego rozwoju choroby. (*Archiv für Augenheilkunde, Knapp et Hirschberg.* Tom IX, 1880). *Dr. Machek.*

Wiadomości pomniejsze.

(F. M.) **Przypiekanie termokauterem klatki piersiowéj w przewlekłych nieżytach oskrzeli.** Barth (*France médicale* 1881) podaje następujący przykład: Dziewczyna 20 letnia cierpiała od 3ch lat na rozległy nieżyt oskrzeli połączony z rozedmą płuc i napadami niezmiernéj duszności. W końcu pojawił się naciek prawego szczytu. Przez 8 tygodni podawano choréj najrozmaitsze leki, które nie sprawiły pożądanéj ulgi. Przystąpiono tedy do kauteryzacyi w ten sposób, iż na tylnéj części klatki piersiowéj przypieczono powierzchownie termokauterem bardzo wiele miejsc. Już na drugi dzień stan choréj znacznie się polepszył, po sześciu, a następnie znowu po trzech tygodniach, powtórzono przypiekanie, poczém chora zupełnie wyzdrowiała.

(F. M.) **Będźwinian sodowy w gośćcu stawowym** ma przewyższać działanie salicylanu sodowego. Macewan (*Brit. med. Journal*) przytacza cały szereg przypadków, w których ostre objawy gośćca znikały w 3—7 dniach od początku leczenia, a wyzdrowienie w krótkim czasie następowało. M. podaje be-

dźwinian sodowy w roztworze, po 1 grm. na dawkę co 2 lub 3 godziny, po ustaniu głównych objawów zaleca jeszcze przez 24 do 38 godzin mniejsze dawki.

Leczenie krztuśca za pomocą kwasu karbolowego. Pod tym tytułem umieszczono w Nrze 8 Przeglądu Lek. str. 96 artykulik wyjęty z *Progrès médical* Dra Altramara. W formułce przytoczonéj podano na miksturkę 120 gramową 1 gram *Ac. carb. cryst.*, z tego do czterech łyżek dziennie. — Zachodzi tu widocznie mała pomyłka, gdyż dawka wypada bezwzględnie za wielką. Zważywszy bowiem, iż najwyższa dawka dzienna kw. karbolowego dla osób dorosłych, według kalendarza lekarskiego krakowskiego, nie powinna przekraczać 0.15; zważywszy że formułka wyżéj przytoczona polecaną jest dla dzieci; zważywszy że 120 gramów wynosi mniéj więcéj 8 łyżek, wypadałoby według téj formuły 0·50, a względnie 0·33 na dzienną dawkę dla dziecka; stósownie do tego, czy dziecko cztery lub téż trzy łyżki dziennie zażyje. Miano więc na myśli albo łyżeczkę kawianą, albo formuła powinna zawierać *Ac. carb. cryst.* nie 1.0; tylko co najwyżéj 0.1.

Uznałem za potrzebne zrobić tę uwagę, gdyż właśnie w Nrze 11 Przegl. Lek. jest podany z Wrocławia przypadek śmierci po połknięciu $8\frac{1}{2}$ grm. kwasu karbolowego w przeciągu 12 minut u mężczyzny 23 lat liczącego; a może ktoś z lekarzy, nierozważywszy dobrze i wierząc w drukowaną i wypróbowaną formułę, pokusiłby się o zapisanie takowéj: wprawdzie zapach i smak tego lekarstwa stanąłby tu na przeszkodzie przyjmowaniu go przez dzieci. *Dr. Lachowicz.*

(K. Gr.) Co do **grzybka zimnicy** podaje prof. Cordeli z Rzymu krótkie doniesienie, z którego wynika, że po długiém badaniu udało mu się wynaleść zarodniki zawierające prątki, przez co uważa za rozstrzygniętą sprawę rozmnażania się tych drobnowidowych ustrojów w ziemi. To odkrycie wyjaśnia téż przydarzanie się zaduchu zimniczego i ztąd powstającéj zimnicy w okolicach bagiennych, ani przez ludzi ani przez zwierzęta nie zamieszkałych, skoro kto narazi się na szkodliwy wpływ. Cordeli zgadza się z Klebsem i Marchiafawą (który znalazł grzybek zimniczy we krwi 3 chorych w czasie okresu zimna napadu zimniczego), że prątki te są nośnikami swoistemi jadu zimniczego. Jako analogija z tém zasługuje na wzmiankę, że w krwi osób, które uległy chorobie właściwéj sortującym wełnę, znaleziono *Bacillus Anthracis*, który więc należy uważać albo za przyczynę albo za objaw następowy choroby. (*Jour. d'Hyg.* 1880 Nr. 207. *Gesundheit* 1881 Nr. 3).

(K. Gr.) Tomassi Crudelli: **Zapobieganie zimnicy.** Spostrzeżenia robione w zimniczych okolicach Rzymu nasunęły T. myśl, iż możliwą jest rzeczą zapobiedz pojawianiu się zimnicy za pomocą przetworów arsenowych. Robił on z tego powodu doświadczenia porównawcze na zwierzętach, celem wykazania, czy ten skutek ochronny jest stały i aby oznaczyć odpowiednio do wagi zwierzęcia najmniejszą ilość arsenu, któraby zabezpieczała ustrój przed jadem zimniczym. Dawniejsze spostrzeżenia przekonały autora, że krew ludzi chorych na zimnicę zaszczepiona zwierzętom wywołuje téż u nich zimnice. Chociaż doświadczenia autora nie są jeszcze ukończone, to za wynik ich uważać można: że arszenik jest istotą małéj wartości handlowéj a w dawkach potrzebnych do wzmiankowanego celu ochronnego nieszkodliwą, będzie więc w celu zapobiegania zimnicom bardzo odpowiednim, jeżeli będzie się go używać regularnie. (*Deut. Med. Ztg.* 1881, Nr. 13).

VI. Zdroje siarczane w Lubieniu.

Przez Dra **Edwarda Sawickiego** ze Lwowa.

„Polskie Cieplice niech po polsku mówią, a tłumacza zaniechawszy naszym ludziom same w swéj prostocie co najużyteczniejsze będą.“ Oczko w dedykacyi do „Cieplic“.

1. Nieco z balneologii staropolskiéj o wodach siarczanych.

Już u starożytnych Helenów wody siarczane miały sławę leczniczych i były bardzo wzięte jak: Thermiae, Thermopilae, Brussa. Rzymianie może większymi jeszcze byli zwolennikami takowych, a sława wielu przez nich używanych przeszła bez ujmy aż do naszych czasów. Takiemi są np. Aquae Gratianae (*Aix-les-Bains*), Aquae balneariae Luxonienses (*Bagnères de Luchons*), Thermae Helvetiae (Baden w Szwajcaryi), Thermae Herculis (koło Mehadyi we Węgrzech) i inne.

Niemniéj, jak u Helenów lub Rzymian, były cenione wody siarczane w Polsce. Tamci używali cieplic rodzimych, dostarczających im bez zachodu i kosztów kąpieli ciepłych, zaprawionych nadto „zaduchem siarczanym“; Polacy zaś od wieków używali tak do picia jako i do kąpieli swojskich zdrojów siarczanych zimnych. Im bałamutniejsze było w naukach staroświeckich pojęcie o przyczynie źródeł gorących, tém większą w lekarstwie przyznawano im moc leczniczą, właśnie dla ich „ciepła rodzimego.“ Jest to wyłączną zasługą i zaszczytem staropolskiéj balneologii, że to pojęcie błędne usunęła.

Dr. Wojciech Oczko, medyk IMci króla Batorego i ojciec balneologii polskiéj, był pierwszy z lekarzy, który wyrzekł stanowczo, że cudzoziemskie termy siarczane, a polskie zdroje siarczane zimne, zupełnie jednaką mają moc i wartość leczniczą, bo powiada: „którego to ciepła, jeśli w nich co nie dostawa, łatwiéj dowcip w kotle przyczyni, byle woda własność siarczaną a kruszców do chorób wypędzenia pożytecznych w sobie miała“ „Cieplice“, Kraków, 1578; Bibl. Ossol. 2,499, 4° fol. 10, b. Dla tém pewniejszego ugruntowania tego pojęcia nazwał nasze zdrojowiska siarczane Cieplicami. „Wszakoż w tym skrypcie choć jest jakoby o wszystkich cieplicach, o Polskich najwięcéj; które ile ich widziem siarczanéj własności są, choć jedne bardziéj niż drugie, ale mało albo nic inszych kruszców przymięszanego nie mają. Nie żeby w Polsce wód inszych nie było; gdyż hałunowa u Milatycz i w Drohobyczy, witryolowa w Bieczu i inszych dosyć widzimy, ale mówię o tych, co ich ludzie do kąpania używać się jęli, bąć na krępaku w Drużbakowie, gdzie ciepła woda, bąć u Jaworowa, bąć u Gródka, bądź u Krosna, w Mikolnicach przy Trębowli, w Swoszowicach przy Krakowie, wszystko to siarczane, moc tę mające chorego, który w nich siedzi, ratować, ciało zagrzewając, odwilżając, otwierając, zmiękczając, potém i potwierdzając“ (Oczko l. c. f. 25). Do tych to cieplic „udawali się zdrowi dla rozkoszy, a chorzy prze odpędzenia choroby“. (Oczko l. c. f. 12).

Wyzyskiwanie tych zdrojów terapeutyczne było wszechstronne. „Zażywanie wody jest dwojakie, abo saméj wody, abo tych rzeczy, które przy wodzie bywają, jako błota, dymu i pary jéj. Znowu abo zażywają saméj wody wewnątrz, abo po wierzchu. Wewnątrz zażywają dwojako: piciem i przez krystyry, które abo w kiszki, abo w macicę

abo w pendent według potrzeby zadawają. Powierzchownie zażywają wody rozmaitym sposobem abo się nią tylko myjąc, abo w niéj się kąpiąc, abo z niéj strumień, to jest: kapanie na który członek czyniąc, abo téż nią gąbką, abo chustą co naparzając." (Petrycy: „O wodach w Drużbaku i Łęckowéj," Kraków, 1635; Bibl. Ossol. 12,287, 4°, p. 25).

Według medycyny Galena wszystkie wody mineralne bez różnicy zalecano przeciw chorobom „zimnym i wilgotnym" siarczanym zaś przyznawano osobliwszy wpływ na nerwy, na nerwobole i na przewód pokarmowy. (*Oeuvres d'Oribase* Bussmaker et Daremberg, T. II, p. 383). Wszelako lekarze staropolscy na tym dogmacie szkolnym nieprzestając, własnego rozumu i doświadczenia pilnie się trzymali. Wskazanie do użycia wód siarczanych wewnętrznie było dokładnie oznaczone.

„Przeto takowego picia używać się godzi (przypomioną dobrze przypurgawszy ciało), kiedy flegma piersi zalęże, kiedy wątroba żyły zamuli, kiedy żołądek odsorowieje, kiedy kiszki kolika, albo nerki kamień rzezanie, uryny zawściąganie popada, kiedy krwawnice abo się zatkają, abo nazbyt cieką, a osobliwie kiedy przez pendent „wnętrzne plugastwo zgniło ciecze, co iż więc niewiast jako i mężczyzn niemniéj dolega, które przez głupi wstyd rady za czasu szukać nie śmieją. Ich to lekarstwo niechaj będzie właśnie na chorobę przyrodzoną, kiedy nieporządnie, kiedy biało a kiedy nazbyt ciecze, kiedy macica wilgotniejsza, kiedy osłabiała znaczno albo donosić nie może. Jednakże się upomnić godzi, że do takiego używania nie wszystkich wód cieplicznych zalecać możemy, ponieważ bywają dosyć różne — ale siarczane, jakie u nas po wielu miejscach się znajdują, do tych chorób są tak dobre, jako gdzie najlepsze być mogą." (Oczko l. c. f. 22). „Gdy też kto choruje na dychawicę i inne choroby, które na piersi przypadają z wilgotności grubych zaziębłych i zaplugawionych, bądź one pijąc, bądź też się w niéj kąpiąc, gdyż medici pospolicie używają *flores sulphuris* dla dychawicy i częstokroć z wielką pomocą dychawicznych." (Sykst· „O cieplicach w Szkle"; Zamość, 1617, Bibl. Ossol. 16,870, 4°, p. 142). „Najbardziéj jednak ta woda pomocna jest tym, co mają skórę po wierzchu plugawą, bądź to będą strupy, parchy, otręty, łupieże, krosty suche albo zropione". (Sykst. l. c. p. 145).

Co do „przymiotu dworskiego": „Nie żećby jéj przypadki niektóre, gdyż ich jest dosyć, też ztąd pomocy jakiéj wziąć nie miały, ale sama jéj istota temi się wypędzić nie da. Ponieważ jest choroba przyrzutna, która z sobą wstęchlinę jadowitą niesie, a duchy zaraza i krew wszystkę zaraza" (Oczko l. c. f. 38, b).

Z tych tu przytoczonych z balneologii staropolskiéj ustępów wynika, jak wielką wartość w narodzie i u lekarzy miały „polskie cieplice", chociaż z drugiéj strony była niezrozumiałą obojętność na stan dzikości, w jakim zostawały. To też żali się Oczko w przedmowie do kasztelana Trockiego, Ostafiego Wołowicza, gdy powiada: „A zwłaszcza owemu się nierządowi podziwiwszy, że tak wiele ludzi czasem téż i znacznych, tych to cieplic używając, a jeden na drugiego powieść, jako ślepy za ślepym jadąc, ani kiedy począć, ani jako ich użyć albo kiedy przestać dotąd nie umieją. To jednak naszych ludzi wielkiém niedbalstwem, a jakoby darów od Boga nam danych, wzgardą się dzieje, że ani tego dotąd u nas opisano, ani się o to starano, jakoby rzeczy tak bardzo potrzebne w większéj cenie były." „A u postronnych ludzi w jakim to kochaniu, wspominać ja niechcę, gdyż nie jest żaden, który się jedno za granicę domową wychylił, któryby się nie napatrzył jako marmurami, mosiądzem i wszelkiemi dostatki miejsca takie są ochędożone."

(Ciąg dalszy nastąpi).

VII. Zjazd III. lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

Wystawa przyrodniczo-lekarska w Krakowie.

W myśl uchwały Wydziału Gospodarczego Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich równocześnie z Zjazdem ma mieć miejsce wystawa przedmiotów, mających styczność ze sztuką lekarską i naukami przyrodniczemi.

Celem wystawy jest przedstawić zebranym lekarzom i przyrodnikom ruch naukowy na polu badań z prac umiejętnych, środki naukowe pomocnicze w najnowszych czasach używane, tudzież co w gałęziach przemysłu i rękodzieł, najbliżéj ich dotyczących, wyrabia się w kraju, a zatém nie potrzebuje być sprowadzane z zagranicy, jakie są tych wyrobów zalety lub niedostatki i czego zgoła brakuje.

Przedmioty kwalifikujące się do wzmiankowanéj wystawy są następującego rodzaju.

I. Wystawa prac badawczych w okazach z zakresu nauk przyrodniczych, lekarskich i technologii, dla wykazania ruchu naukowego, jaki się objawił w kraju naszym w ostatnich latach. (Dział wyłączony od ubiegania się o nagrody).

II. Środki naukowe pomocnicze, rzadkie lub pouczające okazy flory, fauny, rozmaitych pokładów, skamielin, zwłaszcza cechujących fizyjografiję krajową, antropologiją i etnołogiją krajową, wyroby anatomiczne i anatomopatologiczne sztucznie przechowywane, zbiory preparatów drobnowidowych, okazy przyrodnicze i wyroby anatomiczne sztuczne z różnych materyjałów (np. z masy papierowéj, wosku, gipsu i t. p., a także rzeźbione, galwanoplastyczne i t. d.). Nakoniec należą tu okazy lub modele z zakresu techniki naukowéj różnych gałęzi umiejętności przyrodniczych i lekarskich, higijeny i technologii.

III. Diagramy, kartogramy i mapy z zakresu demografii, fizyjografii, statystyki zdrowotnéj, higijenicznéj i zdrojowéj, plany szkół, łazienek, rzeźni, szpitalów, rozmaitych zakładów dobroczynnych, higijenicznych urządzeń w fabrykach i pracowniach rękodzielniczych. Drzeworyty, litografije czarne i barwiste, sztychy, fotografije i inne sposoby odwzorowywania rysunkiem przedmiotów mających związek z naukami lekarskiemi i przyrodniczemi. Dzieła illustrowane i nieillustrowane polskie z dziedziny nauk przyrodniczych i lekarskich w ostatnich 12 latach wydane.

IV. Przetwory chemiczne i okazy wyrobów chemiczno-technologicznych, o ile mają związek z naukami przyrodniczo-lekarskiemi i rozwojem téj gałęzi przemysłu fabrycznego krajowego.

V. Okazy leków surowych krajowych i przestwory farmaceutyczne; wyroby aptekarskie fabryczne różnego rodzaju, jako to: czekolady lekarskie, kołaczyki i t. p. wyroby wchodzące w zakres tak zwanéj *„Pharmacopoea elegans"* i przemysłu aptekarskiego. Kosmetyki wyrabiane na większe rozmiary, o ile skład ich znany jest ciałom lekarskim i urzędom zdrowia; wreszcie wyroby przemysłu zdrojowego, wody mineralne polskie, ługi, sole i inne przestwory z takowych wyrabiane.

VI. Okazy pokarmów i napojów w stanie świeżym. Porównawcze zestawienie ich sfałszowań, konserwy pożywek. Środki dezinfekcyjne i odwaniające i tym podobne artykuły higijeniczne; przyrządy gimnastyczne itp.

VII. Narzędzia i przyrządy anatomiczne, chirurgiczne, opaski, narzędzia i przyrządy okulistyczne, położnicze i semiotyczne. Sztuczne zęby, oczy i członki, przyrządy ortopedyczne, elektro-lekarskie, balneo-techniczne, higijeniczne (sączki itp.), weterynaryjne, chemiczne, fizyczne, optyczne, meteorologiczne i astronomiczne. Zbiory tanie podręczne okazów przyrodniczych, mogących służyć do wykładów w zakładach naukowych.

VIII. Przyrządy i materyjały, służące do pielęgnowania i opatrywania chorych i rannych, przyrządy do przenoszenia i przewożenia chorych; namioty, baraki, wagony, wozy szpitalne i rozmaite przedmioty dotyczące wojskowéj służby lekarskiéj; wreszcie przyrządy i materyjały z zakresu ratownictwa publicznego (*sauvetâge*).

IX. Niektóre inne przedmioty, które nie dały się pomieścić w powyższych działach, a mające styczność z naukami przyrodniczo-lekarskiemi.

Z uwagi, że Komitet wystawy przyrodniczo-lekarskiéj nie rozporządza żadnym na ten cel funduszem, koszta przesyłek ponosić muszą właściciele przedmiotów nadsyłanych; Komitet zaś ma niepłonną nadzieję, że wydatki te wrócą się nadsyłającym przemysłowcom i rękodzielnikom w skutek zwiększonego odbytu, wynikającego zazwyczaj z wystaw przemysłowych. PP. przemysłowcy i rękodzielnicy mają nadto składać za miejsce zajmowane przez wystawione przez nich przedmioty opłatę, któréj wysokość, o ile możności najniższa, późniéj zostanie ogłoszoną.

Tylko takie przesyłki będą przyjęte na wystawę, które nadejdą do Krakowa przed dniem 10 lipca b. r.; pożądaném jest jednak jak najrychlejsze ich przesyłanie w celu zamieszczenia przedmiotów w katalogu wystawy. Adresować je należy franco: Do Komitetu wystawy przyrodniczo-lekarskiéj w Sukiennicach w Krakowie.

Wszelkie zaś zgłoszenia co do przedmiotów wystawowych należy przysłać najdaléj do 20 czerwca b. r. z oznaczeniem przestrzeni zająć się mającéj pod adresem: „Muzeum techniczno-przemysłowe w Krakowie.“

Kraków, dnia 14 kwietnia 1881.

W imieniu Komitetu wystawowego.

sekretarz: *Dr. Schramm.* przewodniczący: *Dr. Adryjan Baraniecki.*

VIII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* Pierwszego lutego rb. oddano w Paryżu do użytku publicznego chemiczną pracownię paryskiéj prefektury policyi. W pracowni téj może każdy uzyskać bezpłatnie ogólnikową ocenę jakości towaru (pod względem jego składników). W tym celu podanéj próbki jedną połowę opieczętowują i oznaczają numerem, a drugą poddają rozbiorowi. Po zbadaniu otrzymuje interesowany orzeczenie, które dla uniknięcia możliwych nadużyć wyraża tylko numer badanego towaru i jakość jego, tę ostatnią słowami: „dobry,“ „zły,“ albo wreszcie „zfałszowany.“ Na podstawie niekorzystnéj oceny wolno interesowanemu zażądać szczegółowego chemicznego rozbioru, za który płaci się 10 do 20 fr. Jeżeli wynik rozbioru wskazuje oszustwo, a badany towar mógłby w razie użycia zagrażać zdrowiu, wówczas wdaje się w sprawę policyja, żąda od sprzedającego nowych próbek tego samego towaru, bada je dokładnie, a kiedy rozbiory wykazały identyczne rezultaty, przedstawia sprzedającego sądowi karnemu. — Coś podobnego zaprowadza także wiedeński magistrat przy fizykacie miejskim, laboratoryjum to ma być oddane zdolnemu chemikowi, którego zadaniem będzie badanie podejrzanych lub nadesłanych pokarmów, napoi, t. zw. tajemniczych leków, pachnideł itp. (*Czasop. Tow. aptek.* Nr. 8).

Statystyka epidemij. W tygodniu 13 (do 26 marca) ospa w Londynie nieco złagodniała. Świeżo zapadło tylko 164, leczyło się w szpitalach 894, umarło 49. W Wiedniu umarło 24, w Budapeszcie 5. Z duru brzusznego umarło w Petersburgu 49, z duru powrotnego 17, z duru osutkowego 53. W Krakowie umarło w 14 tygodniu (do 2 kwietnia): 1 z ospy, 3 z odry, 2 z płonicy, 1 z krztuśca, 3 z duru brzusznego, a doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku ospy, 4 odry, 1 duru brzusznego 14 duru osutkowego.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 13 (do 26 marca) umarło na 1000 mieszkańców i na rok w Krakowie 38,0; w Wiedniu 33,7; w Budapeszcie 30,5; w Pradze 44,4; w Berlinie 24,6; Wrocławiu 36,0; w Gdańsku 22,7; w Mnichowie 39,6; w Dreźnie 30,9; w Lipsku 21,6; w Genewie 22,8; w Brukseli 24,7; w Amsterdamie 27,3; w Hadze 27,4; Londynie 21,3; w Kopenhadze 17,7; w Stokholmie 28,7; w Chrystyjanii 26,0; w Petersburgu 56,0; w Odesie 31,6; w Wenecyi 26,3; w Bukareszcie 33,0; w Madrycie 32,7; w Barcelonie 21,7 w Aleksandryi 29,4; w Nowym Yorku 30,0; w Filadelfii 22,6; w Bombayu 32,2; w Madrasie 42,4. *J. B*

IX. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 20 kwietnia. Magistrat tutejszy rozpisał konkurs na posadę trzeciego lekarza miejskiego z płacą roczną 600 zła. i dodatkiem służbowym 200 zła. Ubiegający się winni do dnia 15 maja rb. wnieść do Prezydyjum Magistratu podania swoje i wykazać: wiek, miejsce urodzenia, dotychczasowe stosunki służbowe a nadto dołączyć dyplom doktorski, otrzymany na jednym z uniwersytetów Państwa austryjackiego. W ogłoszeniu konkursu nie ma wzmianki o egzaminie fizykackim; widoczna, że Magistrat tutejszy sądzi, iż rozporządzenie ministeryjalne, wydane z powodu mianowania lekarzy gminnych we Wiedniu, nie stosuje się do Krakowa. My byliśmy zdania przeciwnego a zapatrywania tego pozbyć się i teraz nie możemy pomimo ogłoszenia Magistratu naszego.

* **Wiedeń.** W nieobecności Billrotha asystent jego Dr. Wölffler wykonał 8go bm. resekcyję żołądka u kobiety 52 letniéj ze skutkiem pomyślnym, bo operowana żyje dotąd i jest wolną od wymiotów i gorączki.

Drugi, a po ustąpieniu Dra Nussera, jedyny fizyk stolicy Dr. Inhauser usuwa się od urzędu swego.

Rząd austryjacki idąc za przykładem Francyi, Włoch i Niemiec zakazał wprowadzania wieprzowiny z Ameryki północnéj (ob. Nr. 10 Przegl. Lek.)

* **Mianowania i odznaczenia.** Docent prywatny w Berlinie Dr. C. A. Ewald mianowany został profesorem nadzwyczajnym tamże. — Prof. Helmholtz otrzymał dyplom honorowy doktorski uniwersytetu w Cambridge. — Dr. Wilhelm Jenner wybrany został prezydentem król. kolegijum lekarskiego w Londynie.

* **Nekrologija.** Z Berlina otrzymaliśmy smutną wiadomość o śmierci prof. Waldenburga, zmarłego dnia 14 bm. po kilkudniowéj chorobie (zapaleniu płuc) w kwiecie wieku. Zasługi naukowe prof. W. są powszechnie znane, my musimy podnieść i zasługi jego jako redaktora tygodnika *Berliner klinische Wochenschrift*, która pod jego kierownictwem zdobyła sobie pierwsze miejsce śród czasopism lekarskich.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 16: Janiszewskiego: O działaniu kwasu pyrogallusowego w niektórych postaciach chorób skórnych (dok.); Dobrzyckiego: Sprawozdanie z działalności lecznicy w Mieni w r. 1880. (c. d.) — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 16: Leontjewa (Z pracowni prof. Dogiela w Kazaniu): O wpływie pewnych warunków na przebieg śmierci przez zaduszenie; Heringa: O przewlekłém zapaleniu gardzieli ze szczególném uwzględnieniem t. zw. *Pharyngitidis lateralis*; Malinowskiego: Trzykrotny zator gałązek tętnicy płucnéj z pomyślnym przebiegiem.

Piśmiennictwo lekarskie: Dr. Wicherkiewicz: Trzecie sprawozdanie Zakładu leczniczego dla ubogich chorych na oczy w Poznaniu za czas od 1 stycznia do 31 grudnia 1881 roku. (Str. 36).

Z części administracyjnéj dowiadujemy się, że Sejm prowincyjonalny poznański przyzwolił Zakładowi 3000 marek rocznéj zapomogi „na rozszerzenie Zakładu,“ skutkiem czego pomnożono niedostateczną ilość łóżek o 8 i pielęgnowano bezpłatnie 149 ubogich chorych, poświęcając na ten cel 1574 marek (w roku poprzednim tylko 221 m.). Z końcem marca Zakład przenieść się miał do nowego, umyślnie na ten cel zbudowanego domu, w którym 40 chorych będzie mogło znaleść pomieszczenie, lubo na razie tylko 8 łóżek przybędzie. Dochody Zakładu wynosiły 10.550 m., z których jednak tylko 8.893 m. wpłynęło; rozchód wynosił 8.712 m. Klinika prywatna miała 6, klinika dla ubogich 30 łóżek.

Część lekarska zawiera utyskiwanie nad znaczném rozpowszechnieniem jaglicy w Poznańskiém, gdzie jest „plagą trapiącą najwięcéj niższe warstwy społeczeństwa, a przedewszystkiém lud wiejski,“ daléj krótkie pouczenie popularne o zołzach, będących tak częstą przyczyną zapaleń ocznych u dzieci, tudzież o objawach jaskry, z którą chorzy zgłaszają się nierzadko zapóźno, gdy już czas do operacyi stósowny minął. Następuje zestawienie leczonych chorób według pojedyńczych części oka. Wszystkich chorych leczono 2.319 (o 280 więcéj niż w r. 1879), z tych było stałych 283 (w roku poprzednim tylko 149), średnia długość pobytu w Zakładzie wynosiła 21 dni (w roku 1879 zaś 27); z osobnego wykazu wynika, że wykonano 340 większych operacyj, a między niemi 71 operacyj zaćmy, z tych 54 zaćm schyłkowych: na 28 operacyj wykonanych sposobem obwodowym linijowym Graefego wynik był 25 razy dobry, 2 razy mierny, 1 raz żaden; z 16 przypadków wydobycia z torebką odniosło 14 skutek dobry, 2 mierny.

Liczby przytoczone świadczą wymownie, jak pilnéj potrzebie odpowiedziało założenie Zakładu Dra W., a porównanie ich z liczbami lat poprzednich dowodzi, że Zakład umiał w krótkim stosunkowo czasie zjednać sobie zaufanie ciągle wzrastające, na które też w zupełności zasługuje. Miejmy razem z Drem W. nadzieję, że piękne rezultaty dotąd osiągnięte razem z uznaniem i przykładem Sejmu zachęcą i publiczność do szczodrzejszego niż dotąd materyjalnego popierania Zakładu, któremu najlepszego powodzenia i pomyślnego dalszego rozwoju życzymy. *Rydel.*

Redakcyja otrzymała:

Dr. Julijan KRATTER (w Gracu): Studien über Adipocire, (Separatabdruck aus der „Zeitschrift f. Biologie“ XVI, 1880) in 8vo str. 38 z 3 tablicami.

Dr. WARSCHAUER (w Krakowie): Uiber Variola. (Wykład miany w sekcyi dla chorób dzieci. 53go Zjazdu lekarzy i przyrodników niem. w Gdańsku. Osobne odbicie z Allg. W. med. Ztg.) in 8vo str. 15.

Dr. M. ZIELENIEWSKI: O ruchu i rozwoju c. k. Zakładu zdrojowego w Krynicy od r. 1873 do 1877 r., Warszawa 1879, in 8vo str. 76.

Tegoż: Przewodnik p. t. „Statystyczno-lekarski opis c. k. Zakładu zdrojowego w Krynicy w 3 językach (niemieckim, francuskim i polskim), in 4to str. 4. Kraków.

Do Nru dzisiejszego dołącza się: zawiadomienie o zakładzie wodoleczniczym w Weidlingau.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Ulica Podwale Nr. 84.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuję: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Boulv. Voltaire 180, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 30 kwietnia 1881. № 18. Rok XX.

I. Z kliniki chirurgicznéj Prof. Bryka.

Przyczynek do kazuistyki chorób chirurgicznych przewodu pokarmowego.

Opracował Dr. Schramm.
(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 17).

Dwie kości znacznych rozmiarów w połyku tkwiących od dni 11; esofagotomija bez wprowadzania zgłębnika przez jamę ust. Wyzdrowienie.

Dnia 5go lutego 1878 r. przedstawiła się w klinice wieśniaczka 38-letnia, podając, że przed 10 dniami, t. j. 27 stycznia, jedząc kapustę, połknęła już w pierwszéj łyżce téj potrawy jakieś ciało twarde, które uwięzgło jéj w połyku, tak że od téj chwili nie była w stanie połknąć żadnych stałych pokarmów, gdyż te prawie natychmiast po przełknięciu wracały do ust wśród silnych napadów dławienia. Pokarmy, płynne połykała, lubo z wielkiemi trudnościami. Stan ten trwał dni 10, a chora nie szukała pomocy lekarskiéj, tylko sama starała się wydalić ciało obce przez krząkanie i drażnienie podniebienia wprowadzonym do ust palcem. Gdy to jednak nie pomagało a głód zaczął jéj coraz bardziéj dokuczać, przybyla do kliniki, gdzie znaleziono stan następujący. Kobieta wynędzniała i chuda. Jama ust i przełyku, jakoteż widoczna przy mocném obniżeniu języka część nagłośni zupełnie prawidłowe, oddech nieutrudniony, głos czysty. Szyja prawidłowo zbudowana, przy obmacaniu nie można wyczuć w głębi żadnéj stwardniałości lub wyniosłości nieprawidłowéj, badana jednak uskarża się na ból, który w pierwszych dniach po połknięciu kości miał być usadowiony w okolicy chrząstki tarczykowéj, obecnie zaś najdotkliwszą jest dolna połowa szyi blizko 2cm. po nad stawem mostkoobojczykowym po stronie lewéj i prawéj. Płuca i serce nie przedstawiają żadnych zboczeń. Apetyt nieupośledzony, owszem chora skarży się na głód dokuczliwy, stolec co drugi lub trzeci dzień, mocz w ilości skąpéj lecz prawidłowego składu.

Badanie zgłębnikiem żołądkowym wykazało, że narzędzie to natrafia już w samym początku połyku, w okolicy chrząstki obrączkowéj, na opór tak, że mimo wszelkich usiłowań nie można go było wprowadzić nawet do miejsca, w którém chora doznawała najsilniejszego bólu. Osłuchiwanie połyku wydało następne wyniki. W chwili gdy badana przełknęła dość znaczną ilość płynu, słychać szmer przedłużony, po chwili szmer drugi syczący, a w końcu szmer jeszcze słabszy i krótszy, nim przełknięta ilość płynu dostała do żołądka.

Powtórzone w dniu następnym próby wprowadzenia zgłębnika do żołądka dały ten sam wynik ujemny co w dniu poprzednim. Okoliczność ta zatém, jakoteż 11-dniowy przymusowy post, który siły choréj już znacznie podkopał, wreszcie obawa, aby przy dłuższém wyczekiwaniu nie przyszło do przebicia ścian połyku, wszystko to skłaniało do wykonania esofagotomii, do któréj téż prof. Bryk przystąpił w dniu 6 lutego 1878 r. Po zachloroformowaniu choréj poprowadził prof. B. cięcie przez skórę i mięsień podskórny wzdłuż wewnętrznego brzegu m. mostkosutkowego, sięgające od kości gnykowéj aż w okolicę stawu mostkoobojczykowego po stronie lewéj. Na wewnętrznym brzegu wspomnianego mięśnia, mniéj więcéj w jego połowie, podwiązano katgutem strzykającą tętnicę. Na sondzie rowkowanéj przecięto blaszkę powierzchowną powięzi szyi, mięsień mostkosutkowy wraz z nieodsłoniętemi naczyniami szyjnemi pociągnięto hakami tępemi na zewnątrz, operujący zaś pociągnął palcami ręki lewéj gruczoł tarczykowy i tchawicę ku linii środkowéj szyi. Następnie rozdzielono narzędziami tępemi wiotką tkankę łączną poniżéj mięśnia barkognykowego, aż się ukazała mięsista ściana połyku. Macając teraz palcem, natrafił operujący na wyniosłość twardą i nierównie wypuklającą ściany połyku mniéj więcéj na 4cm. poniżéj chrząstki obrączkowéj. W miejscu odpowiadającém téj wyniosłości nacięto ściany połyku bisturem kończastym i ranę tę rozszerzono ku górze i dołowi bisturem gałkowatym. Widoczną teraz dokładnie kość znacznych rozmiarów oddalono wygodnie, uchwyciwszy ją zwykłemi małemi kleszczami. Palec wprowadzony do połyku

natrafił ku górze (ku przełykowi) na drugą kość mniejszą, która również bez trudności dała się wydobyć. Ściany połyku, o ile można je było widzieć po roztwarciu brzegów rany, zupełnie zdrowe. Krwotoku nie było żadnego ani z ścian połyku. ani z części więcéj powierzchownych. Następnie wprowadzono gruby zgłębnik przez usta do żołądka, ranę na szyi zespojono kilkoma głębokiemi szwami węzełkowemi, w dolnym jéi końcu zaprowadzono dren i ranę pokryto opatrunkiem Listera. Po odniesieniu operowanéj do łóżka posilono ją kubkiem rosołu wlanego do żołądka przez cewnik.

Wydobyte kości stanowią właściwie jednę całość, tworząc nieforemny sześcian, którego najdłuższy wymiar wynosi 4·5cm., grubość 3cm., szerokość 4cm. Chociaż kość tak znacznych rozmiarów wypełniać musiała całe światło połyku, jednak chora była w stanie połykać potrawy płynne lubo z wielką trudnością. Objaw ten tłumaczymy w ten sposób, że z powodu nierównéj powierzchni kości pozostawały między nią a ścianą połyku wolne przestwory, któremi płyny mogły się przeciskać do żołądka.

Przez pierwsze trzy dni po operacyi dokuczał choréj śluz gromadzący się w znacznéj ilości w ustach i przełyku, który trzeba było oddalać zapomocą małych gąbek. Rana na szyi bez żadnéj reakcyi zapalnéj, wydzielina jéj bardzo skąpa śluzowato-ropiasta, niecuchnąca. Ciepłota utrzymuje się między 38·8 a 37·8°C. Otwór przy żołądkowym końcu cewnika zatkał się kilkakrotnie skrzepami mleka, którego też zaprzestano podawać, a chorą karmiono bulionem z jajami, rosołem i winem. Występujące mimo to od czasu do czasu zatkanie okienka w cewniku usuwano przez dość silne przestrzykiwanie wodą.

W trzecim dniu po operacyi chora skarży się na ból w dołku podsercowym, który ustał po pociągnięciu cewnika o $2^1/_2$cm. w górę.

12/2 Ogólny stan choréj dobry, rana na szyi wydziela skąpą ilość ropy śluzowatéj. Z powodu częstego zatykania się cewnika żołądkowego wyjęto go, a na jego miejsce wprowadzono bez trudności nowy tych samych rozmiarów lecz z większém okienkiem.

Do 15/2 stan pomyślny, ciepłota raz tylko podniosła się do 39°C. Rana na szyi zrośnięta w znacznéj części *per primam*. W dniu tym wyjęto wszystkie szwy.

16/2 Wyjęto cewnik żołądkowy; przez dzień następny chora nie dostała nic do jedzenia, a 18/2 zatém w dniu 12 po operacyi połykała już bez żadnych trudności pokarmy płynne.

20/2 Rana na szyi zupełnie zagojona, chora połyka potrawy na pół płynne bez trudności, a 26/2 opuściła klinikę w zupełném zdrowiu.

Z przypadku tego możemy wyciągnąć kilka ważnych wniosków. Przedewszystkiém co do sposobu leczenia następowego po operacyi. W przypadku naszym karmiono chorą przez zgłębnik wprowadzony zaraz po operacyi i który pozostawał w połyku przez dni 10, nie wywołując, mimo tak długiego pobytu, żadnych nieprzyjemnych następstw. Natomiast korzyści osiągnięte przez takie postępowanie były bardzo znaczne. W ten bowiem sposób zapobiegło się zetknięciu potraw i śliny z raną, która, nie będąc niczém drażniona ani zanieczyszczana, goiła się pod opatrunkiem Listera bardzo szybko. Musimy jednak przyznać, że postępowanie to nie da się zastósować w każdym przypadku. U osób bowiem wychudłych i wynędzniałych zgłębnik leżący czas dłuższy w połyku wywołuje łatwo odleżynę w jego ścianach, a nawet może przyjść przez ucisk do częściowego obumarcia chrząstek krtaniowych, jak tego mieliśmy przykład w naszéj klinice w jednym przypadku wycięcia całego języka z powodu zwyrodnienia rakowatego.

Ważną także okolicznością w naszym przypadku był brak jakiéjkolwiek zmiany w ścianach połyku, mimo że ciało obce twarde i tak znacznych rozmiarów, jak opisana kość, leżała dni 11 w połyku. Przyczyniło się zapewne do tego nie mało, że kość ta nie miała nigdzie ostrych końców, któreby bezpośrednio skaleczyły błonę śluzową połyku, jakoteż że nie były wcale robione nieumiejętne próby zepchnięcia ciała obcego przemocą do żołądka.

Trzymając się porządku anatomicznego, wypada mi mówić o g a s t r o t o m i i w y k o n a n é j z p o w o d u z u p e ł n é j n i e d r o ż n o ś c i p o ł y k u. Przypadek ten był następujący:

Bąk Michał, wieśniak, lat 51 liczący, ojciec 6ga zdrowych dzieci; dziedzicznego usposobienia do raka wykazać nie można. Początek obecnego cierpienia odnosi do następującéj okoliczności. Przed 2 laty w grudniu 1877 r. jechał wśród mroźnego dnia do wsi o 3 mile odległéj. Przybywszy na miejsce wypił szybko szklankę zimnego piwa, które jednak natychmiast zwymiotował. Podaje on wyraźnie, że nigdy przedtém nie był skłonny do wymiotów, nigdy nie doznawał żadnych dolegliwości przy połykaniu, nie jadł nigdy gorących potraw i nie używał napojów wyskokowych. Również stanowczo twierdzi, że nigdy ani przypadkiem ani umyślnie nie połykał żadnych żrących płynów. Od chwili wspomnianego zwymiotowania piwa miał przy każdém połykaniu nieprzyjemne uczucie w szyi, które podobne było do swędzenia, mimo to połykanie potraw płynnych i stałych nie było utrudnione, jednak tylko wtedy, jeżeli B. połykał ostrożnie i powoli, w przeciwnym bowiem razie pokarmy połknięte wracały się natychmiast. Powoli połykanie stawało się coraz trudniejsze, tak że z wiosną 1878 r. nie mógł już B. używać pokarmów stałych i od tego czasu żywił się prawie wyłącznie mlekiem, jednak siły jego podupadały coraz więcéj. W wrześniu 1879 r. połknął w celu ugaszenia pragnienia blizko pełną szklankę kwasu z kapusty, zwymiotował go jednak, natychmiast, a już nazajutrz spostrzegł, że nie mógł przełknąć zwykłéj ilości mleka. Odtąd trudności w połykaniu zwiększały się szybko, tak że Bąk był w stanie połykać tylko bardzo małe ilości mleka, z którego i tak większa połowa wracała do ust. Z porady lekarskiéj wstrzykiwano mu w domu kilka razy dziennie po szklance rosołu do kiszki stolcowéj, przez co poprawiło się nieco już bardzo podupadłe odżywienie chorego. W dniu 3 listopada przybył Bąk do kliniki chirurgicznéj, a stan jego był następujący: Bardzo wysoki stopień wychudnienia, waga ciała wynosi ledwie 42 kilgr., skóra sucha, barwy ziemistéj, odnogi chłodne, palce rąk i nóg sine, wyraz twarzy cierpiący, oczy i policzki głęboko zapadłe, szyja miernéj długości, gruczoł tarczykowy zanikły, tchawicę wymacać można aż do samego wcięcia mostkowego. Przy jak najstaranniejszém obmacywaniu szyi nie można wykryć żadnego obrzęku, lecz przy ucisku tuż nad mostkiem po stronie lewéj doznaje badany dokuczliwego bólu. Krtań wysunięta z linii środkowéj szyi na 3 do 4mm. na prawo, przy przesuwaniu jéj z boku na bok słychać wyraźnie jéj tarcie się o przednią powierzchnię kręgosłupa. Jama ust i przełyk prawidłowe, język suchy, obłożony pokładem brudno-żółtego mułu. Palec włożony i k najgłębiéj do gardła nie natrafia na nic nieprawidłowego.

Badanie wziernikiem wykazuje lekkie zboczenie nagłośni ku stronie prawéj, zresztą jednak więzadła głosowe i widoczna część wnętrza krtani przedstawia się prawidłowo z wyjątkiem że błona śluzowa jest nieco mocniéj zaczerwieniona niż bywa zwyczajnie. Zgłębnik żołądkowy o średnicy 10mm. zatrzymuje się w połyku w głębokości 20cm. licząc od zębów siecznych. Cieńszy zgłębnik o 3 do 5 mm. średnicy daje się wprowadzić ledwie na 21 do 22 mm., przyczém chory skarży się na dokuczliwy ból poza lewym stawem mostko-obojczykowym. Ektropesofag daje się wprowadzić do téj saméj głębokości, a guzik jego wypnięty po naciśnieniu sprężyny wyczuć można tuż po nad stawem mostko-obojczykowym lewym dopiero po wyciągnięciu narzędzia przynajmniéj o 1 cm. w górę, jako dowód, że przeszkoda w drożności połyku znajduje się już w piersiowéj jego części. Osluchiwanie połyku podczas przełykania płynu nie wykazuje żadnego szmeru, a płyn przełknięty wraca się już po kilku sekundach do ust wraz z znaczną ilością śluzu. Klatka piersiowa dobrze zbudowana, przysłuch i opukiwanie nie wykazują nic nieprawidłowego. Tony sercowe czyste, lecz bardzo słabe. Brzuch mocno zapadły, powłoki jego cienkie leżą już 3 palce powyżéj pępka bezpośrednio na kręgosłupie, który aż do *promontorium* można bardzo wygodnie obmacać, również bardzo wyraźnie widać i czuć tętnienie aorty brzusznéj. Odgłos wypukowy na całym brzuchu zupełnie stłumiony z wyjątkiem miejsca wielkości dłoni w samym dołku podsercowym, gdzie odgłos jawny bębenkowy wykazuje mocno skurczony żołądek. Mocz w ilości skąpéj, lecz prawidłowego składu. Rozpoznanie w tym przypadku było łatwe, mieliśmy oczywiście do czynienia z niedrożném zwężeniem połyku z powodu nacieku rakowego, a jedynym sposobem przedłużenia życia choremu i uratowania go od śmierci głodowéj było wykonanie gastrotomii. Bąk jednak nie chciał pozwolić na wykonanie téj operacyi, żywiono go więc za pomocą enem z mleka, rosołu i wyciągu mięsnego, podawanych z kilkoma kroplami nastoju makowcowego 3 lub 4 razy dziennie. Stolec następował 1 lub 2 razy na dzień, był dość zbity, żółtawy i bardzo przejmującéj woni. Dopiero po 7 dniach pobytu w klinice gdy siły chorego mimo sztucznego żywienia niknęły coraz bardziéj, zezwolił on na operacyję, do któréj prof. Bryk przystąpił dn. 10/11 1879 r.

Po ogoleniu włosów w górnéj części brzucha i obmyciu całéj okolicy podsercowéj dokładnie 2% rozczynem karbolu zachloroformowano chorego, a następnie poprowadził profesor cięcie przez skórę od wyrostka mieczykowatego idące równolegle do łuku żebrowego lewego i na 1½cm. poniżéj niego aż do końca chrząstki 9 żebra. Pod skórą zupełnie pozbawioną podściółki tłuszczowéj okazala się zaraz przednia powierzchnia torebki mięśnia prostego lewego, którą równie jak i sam mięsień przecięto z wolnéj ręki równolegle z cięciem skórném. Cztery strzykające tętniczki podwiązano katgutem. Tylną ścianę torebki mięśnia przecięto między dwiema pincetami w całéj rozciągłości rany skórnéj, któréj długość wynosiła 8cm. Przeźroczystą otrzewnę, na któréj nie było widać żadnego naczynia, podniesiono ostrożnie w fałd, a po przebiciu go bisturem rozszerzono ranę w téj błonie za pomocą bistura gałkowatego, tak że długość jéj wynosiła 5cm. Teraz po odłożeniu narzędzi wszedł operujący palcem wskazującym i środkowym ręki lewéj do jamy brzusznéj ku górze i tam natrafił na cały zwój pętli jelitowych, które podnosiły nieco w górę lewy płat wątroby. Z niejakim trudem udało się zepchnąć pętle jelit ku dołowi, poczém obniżył się także lewy płat wątroby a posuwając się palcem wzdłuż niego na lewo, natrafił operujący na szeroką część przewodu pokarmowego, która według wszelkiego prawdopodobieństwa musiała być żołądkiem. Ujął go więc profesor między wprowadzone do jamy brzusznéj 2 palce i pociągał na zewnątrz. Gdy jednak ujęty fałd z powodu gładkości powierzchni o mało co nie wyśliznął się z trzymajacych go palców, wprowadził profesor kleszcze polypowe do jamy brzusznéj i zapomocą nich wyciągnął ostrożnie ujęty fałd na zewnątrz rany brzusznéj. Że mieliśmy przed sobą żołądek, zatém przemawiała gładka lśniąca powierzchnia, rozgałęzianie się naczyń od dołu ku górze, mięsistość jego ścian a wreszcie śledzenie dalszych jego części w jamie brzusznéj wykazało, że idąc ku stronie prawéj zwężał się na kształt retorty, na lewo zaś i ku górze ginął pod sklepieniem przepony. Kawałek sieci na 2cm. długi, który wypadł razem z wyciągniętym żołądkiem, odprowadzono natychmiast do jamy brzusznéj. Ujęty żołądek ułożono w fałd równoległy do rany w ścianie brzusznéj. Fałd ten, przytrzymany tymczasowo przez asystenta, przymocowany został do ściany brzusznéj w sposób następujący: Wzięto nitkę karbolizowaną długą nawleczoną na obu końcach igłą zwykłą zakrzywioną. Jedną z tych igieł przebito cały fałd żołądkowy przy jednym jego końcu na wskróś a następnie każdą igłę przeprowadzono przez całą grubość ściany brzusznéj wkłuwając ją od powierzchni otrzewnowéj. W ten sam sposób przytwierdzono drugi koniec fałdu żołądkowego do ściany brzusznéj. Teraz dopiero rozcięto ostrożnie ścianę żołądka, tak że po roztwarciu rany powstał otwór mający 15cm. w średnicy. Widoczne w głębi rany żołądkowéj nitki wyciągnięto tępym haczykiem na zewnątrz, przecięto je w środku i związano silnie odpowiednie końce tak że teraz żołądek przymocowany był do ściany brzusznéj czterema silnemi szwami. Tuż przy końcach otworu w żołądku zespojono ranę brzuszną w celu zmniejszenia jéj dwoma szwami metalowemi, wreszcie błonę śluzową żołądka przymocowano do brzegów rany skórnéj 10 szwami węzełkowemi z jedwabiu. Przez otworzoną w ten sposób przetokę żołądkową można było wygodnie wprowadzić palec wskazujący do żołądka, tak że ku stronie prawéj wymacać było można wygodnie odźwiernik, lecz idąc ku stronie lewéj nie można było dosiągnąć wpustu.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. Z kliniki okulistycznéj Prof. Dra. Rydla.

O zwyrodnieniu barwikowém siatkówki.

Podał asystent Dr. Machek.

(Dokończenie. Patrz Nr. 17).

II. Powikłanie zwyrodnienia siatkówki ze sprawą naczyniówkową. Wiemy, że zwyrodnienie barwikowe bardzo często powikłane jest z zapalnemi lub zanikowemi sprawami naczyniówki. W naszych przypadkach z pomiędzy pięciu chorych u czterech napotkaliśmy oprócz zaniku przyblonka barwikowego, znaczniejsze jeszcze zmiany w naczyniówce, które się umiejscowiły albo w obwodzie, albo w okolicy plamki żółtéj. W przypadku 1 i 2 znajdowaliśmy plamy powstałe w skutek zaniku tak na obwodzie jak i w środku dna oka, w przypadku 4 tylko w okolicy plamki żółtéj, w przypadku 5 tylko w obwodzie. Dwa ostatnie miałem sposobność widzieć także w okresie ostrego zapalenia.

Zapalenie objawiało się: zadrażnieniem, wypocinami, zaczerwienieniem bladéj poprzednio tarczy nerwu wzrokowego, przerostem, przesunięciem lub zanikiem przybłonka barwikowego, a wreszcie wolno postępującym zanikiem. W przypadku 3 powikłań ze strony naczyniówki nie było.

W obec tego nasuwa nam się pytanie, co jest przyczyną cierpienia naczyniówki.

Wecker (Graefe et Saemisch IV str.) podaje dwie najgłówniejsze przyczyny zapalenia naczyniówki; jedna dotyczy ogólnego stanu zdrowia chorego (*Constitution*), druga budowy oka (*Conformation)*. Chodziłoby więc właściwie o to, aby albo wykryć zakażenie kiłowe albo wykazać przyczyny, dla których się gałka oczna wydłuża. W pierwszym razie najczęściéj mamy do czynienia z zapaleniem części obwodowych z wypocinami rozsianemi, w drugim zaś z zapaleniem w środku dna oka, być jednak może iż tylko z zanikiem tych części bez poprzedzającéj sprawy zapalnéj (Wecker). U naszych chorych trzeba pierwszą przyczynę bezwzględnie wykluczyć. Tak chorych jak i ojca tychże badałem bardzo dokładnie, lecz nie znalazłem żadnych objawów kiły. Jeżeli zaprzeczyć się nie da, iż w niektórych przypadkach w pewnym okresie oprócz objawów ocznych kiły na całém ciele nie ma ani śladu przebytéj choroby. to przecież trudno sobie wyobrazić, żeby u pięciu chorych badanych kilkakrotnie i przez dłuższy czas obserwowanych kiła żadnych innych objawów nie wywołała oprócz choroby oczu. Wydłużenie zaś gałek ocznych istotnie wystąpiło we wszystkich przypadkach. Chorzy widzieli dawniéj dobrze z daleka a myopia doszła co najmniéj do 5 a nawet aż do 9·5 dioptryi. Pomimo to są jednak pewne okoliczności, które mówią przeciwko temu, iżby samo wydłużenie gałki wystarczyło do sprowadzenia zmian jakie w naczyniówce powstały. Szerokość *staphyloma posticum* już w okresach pojawienia się powikłań równała się w jednym przypadku $^1/_3$ średnicy tarczy nerwu wzrokowego, w jednym $^1/_5$, w dwóch zaś była jeszcze mniejszą. W żadnym przypadku przez dłuższy czas obserwacyi nie okazywał zanik naokoło tarczy tych cech, które są znamieniem postępującego *Staphyloma post.* Brzegi tegoż były zawsze ostro odgraniczone, nieząbkowane. Nie było tego chociaż wązkiego rąbka zanikającéj naczyniówki, tego przejścia z zanikłéj do prawidłowéj, tych zmian patologicznych, o których Wecker (Graefe et Saemisch IV, str. 598) mówi, iż je zawsze wykryć można, gdzie mamy do czynienia ze sprawą postępującą. W obec tego trudno przypuścić, iż samo wydłużenie gałki ocznéj było przyczyną zmian na obwodzie i na środku dna oka, przedstawiających nadto dość odmienny obraz od zmian powstałych w skutek wydłużenia, podczas kiedy otaczająca tarczę część naczyniówki, która jest tak tkliwą na wydłużenie, nie wykazuje zmian cechujących.

Mnie się zdaje, iż ze względu na to co powyżéj wspomnieliśmy przypuścić trzeba, iż naczyniówka w oczach dotkniętych zwyrodnieniem barwikowém skłonniejszą jest do zmian chorobowych w skutek tego iż sprawa siatkówkowa *per contiguitatem* udziela się naczyniówce. W tém znaczeniu możnaby skłonność do chorób naczyniówkowych uważać wprost za odziedziczoną. Że zaś najwybitniejsze zmiany umiejscowiają się w obwodzie albo w okolicy plamki żółtéj pochodzi ztąd, iż te właśnie części naczyniówki w ogóle wykazują, jak doświadczenie uczy, największą skłonność do zapalenia i zaniku.

W takim jednak razie myopia (wydłużenie gałki), którą prawie zawsze spostrzegamy w wyższych stopniach zwyrodnienia barwikowego nie musi zawsze być przyczyną zmian w naczyniówce, lecz może być także ich skutkiem. Wiemy iż pierwotne zapalenie naczyniówki może wywrzeć taki skutek, iż twardówka staje się podatniejszą i skłonniejszą do rozdęcia nawet pod wpływem prawidłowego ucisku śródocznego. I tak w przypadku 5 przy ostatniém badaniu stwierdzono powiększenie *staphyloma post.*, lecz dopiero dłuższy czas po przebytém ostrém zapaleniu naczyniówki.

O ile się myopia wzmogła nie wiem, gdyż przypadkowo przy pierwszych badaniach na refrakcyję nie zwróciłem uwagi.

O tém wreszcie, iż w przypadkach 4 i 5 wstrzykiwania azotanu strychninowego stały się przyczyną zaostrzenia zapalenia naczyniówki, mówić jeszcze będziemy późniéj.

III. *Nystagmus* spostrzegano we wszystkich przypadkach, zézowatości zaś w żadnym. Wahania gałek występowały przeważnie w kierunku poziomym (*Nystagmus oscillatorius)*. U niektórych chorych po pewnéj ilości poziomych wahań następowały wahania ukośne *(Nyst. mixtus)*. Często poziome wahania spostrzegano tylko w przypadku 4 i to w pewnym tylko okresie. Tu gałka oczna wykonywała ruchy wahadłowe około osi pierwszéj pary mięśni zewnętrznych oka. Wahania gałek ocznych pojawiać się zaczynały z wystąpieniem upośledzenia wzroku, a skoro chorzy ociemnieli, wolniały i zupełnie ustępowały. Po upływie zaś jeszcze dłuższego czasu chorzy (przyp. 1 i 2) mają oczy zwrócone w odległość nieskończoną z równoległemi osiami optycznemi, co fizyjonomii bezmyślny wyraz cechujący dotkniętych ślepotą nadaje. Ile czasu upłynęło, zanim w tych przypadkach wahanie gałek ustąpiło, nie można było stwierdzić. Lecz nawet u tych chorych występowały jeszcze lekkie wahania, skoro usiłowali wpatrywać się w jakiś blizko położony przedmiot np. własną rękę, albo w ogóle coś widzieć usiłowali. Tak u choréj 2 występowało wahanie, jeżeli ją zapytano, zkąd światło wpada.

Jeszcze jedno spostrzeżenie zasługuje na szczególniejszą uwagę. W przypadku 4, w którym gałki oczne w kierunku poziomym dość powolnie się wahały, ustępowało wahanie, jeżeli chora osi optyczne zbieżnie ustawiała. Podobnych pięć przypadków opisuje Alfred Graefe *(Motilitätsstörungen* 226) a dawniéj już P. Schroetter o podobnym wspomina. (Zehender 1871 *klinisch. Beobach.* N. 203). Wpływu szkieł pryzmatycznych nie badałem, gdyż nie znałem naówczas jeszcze pracy Graefego. Później (1880) bystrość wzroku zmniejszyła się do tego stopnia, iż badań za pomocą szkieł przeprowadzić nie było można, a przy tém zmienił się także i rodzaj wahania się. Gałki oczne już i w ukośnym kierunku wykonywały ruchy, chociaż wahania w kierunku poziomym były najznaczniejsze. Przy zbieżnych osiach ruchy wolniały, chwilowo całkiem ustawały, lecz niebawem znowu się wahanie rozpoczynało. I w tym przypadku z czasem i ze znaczniejszém upośledzeniem bystrości wzroku rodzaj wahania zmienił się, co przemawia za teoryją Arlta, który twierdzi, iż wahania dla tego, powstają, że ułatwiają widzenie, i że w tych przynajmniéj przypadkach, w których wahanie jest połączone ze znaczniejszém upośledzeniem bystrości wzroku, wahania nie są skutkiem zmian patologicznych ośrodków nerwowych ruchu. Alf. Graefe zaś twierdzi, że pewną skłonność polegającą na osłabieniu mięśni albo ośrodków nerwowych przypuścić musimy już ze względu na okoliczność, iż nie we wszystkich przypadkach znaczniejszego nawet upośledzenia wzroku wahania występują.

IV. Zdolność rozpoznawania barw badano u trzech chorych i to przy rozmaitym stopniu upośledzenia wzroku i w rozmaitych okresach zwyrodnienia. We wszystkich trzech przypadkach była upośledzoną. Im mniejszą była bystrość wzroku, tém wadliwsze stawało się rozpoznawanie barw. U chorego (5) z $^1/_{10}$ bystrości wzroku rozpoznano niezupełny barwoślep, chora (4) mająca blisko $^1/_{12}$ bystrości wzroku, która się po wstrzykiwaniach poprawiła na $^1/_6$, nie rozpoznawała zielonéj barwy, a chora z $^1/_{60}$ prawidłowéj bystrości nie zdołała rozpoznać w ogólności jakiéjkolwiek barwy. W przypadku czwartym nie zmienił się rodzaj upośledzenia zdolności rozpoznawania barw, chociaż się bystrość wzroku po zastosowaniu azotanu strychninowego znacznie poprawiła. Kiedy chorą znów zobaczyłem, miała, tylko ślad poczucia światła. Tak więc nie można było stwierdzić, czy się zmienił rodzaj upośledzenia zdolności rozpoznawania barw, czyli czy chora, która w pewnym okresie tylko barwy zielonéj nie rozpoznawała, późniéj nie była dotknięta zupełnym barwoślepem, jak np. chora 2. Ponieważ pewności nie mamy, czy chorzy przed wystąpieniem upośledzenia wzroku dobrze barwy rozpoznawali, nie można twierdzić, iż upośledzenie zdolności rozpoznawania barw powstało skutkiem zwyrodnienia. Chorzy podają wprawdzie, iż dawniéj dobrze barwy rozpoznawali, lecz na wywiadach polegać nie można. Ojciec chorych rozpoznaje barwy dobrze.

Chociaż więc nie można było wykazać bezwzględnéj zależności upośledzenia zdolności rozpoznawania barw od zwyrodnienia, podałem przecie wyniki badań a to już z tego powodu, iż dotąd nie ma wcale spostrzeżeń odnoszących się do téj okoliczności. Leber tylko twierdzi (Graefe u. Saemisch V), iż zdolność rozpoznawania barw w wyższych stopniach zwyrodnienia w wysokim stopniu bywa upośledzoną. Ciekawą byłoby rzeczą stwierdzić, w jakich okresach choroby pierwotnéj to się dzieje, jakich barw chorzy najprzód nie rozpoznają itd. U naszych chorych nie udało się przeprowadzić badania w tym kierunku, już z tego powodu że w przypadkach, w których jeszcze średni stopień bystrości wzroku się utrzymał, ślepota wystąpiła, skutkiem powikłania z zapaleniem naczyniówki, w bardzo krótkim czasie.

V. W przypadku 4 niedługo po wstrzykiwaniach azotanu strychninowego wystąpiły objawy podmiotowe z upośledzeniem wzroku, które musimy uważać za skutek zapalenia naczyniówki. Objawy podmiotowe za długo trwały, aby je można za przemijający skutek azotanu strychninowego uważać, późniejszy zaś zanik i zaczerwienienie tarczy, które się przez dłuższy czas utrzymało, wskazywało, jaka sprawa tu się odbywała. Że w przypadku 5 zanik późniejszy poprzedziło zapalenie, nie ulega wątpliwości, gdyż wypociny wziernikiem widzieć było można. Okoliczność, iż w obydwóch przypadkach objawy zapalenia krótki bardzo czas po wstrzykiwaniach wystąpiły, przypuszczać każe, iż strychnin stał się przyczyną zaostrzenia istniejącego już przewlekłego zapalenia. Że azotan strychninowy był przyczyną zaostrzenia się zapalenia naczyniówki, udowodnić nie można, sądziłem jednak, iż spostrzeżenie powyższe zasługuje na uwagę i zaleca ostrożność w zastosowaniu tego leku tam, gdzie jest obawa powikłań ze strony naczyniówki.' Niezawodnie każdy lekarz już po jedném podobném spostrzeżeniu, zaostrzenia zapalenia w naczyniówce, wahałby się zalecić drugiemu choremu wstrzykiwań azotanu strychninowego. W klinice robiliśmy wstrzykiwania chorym 4 i 5 w tym samym czasie.

Własności farmakodynamiczne azotanu strychninowego mogłyby do objaśnienia szkodliwego wpływu posłużyć. Według Binza bowiem (*Arzeneimittellehre* 101) azotan strychninowy podwyższa parcie ościenne w tętnicach skutkiem zadrażnienia ośrodków naczynioruchowych. Zmienione zaś parcie ościenne może wpłynąć na odżywienie tkaniny składającéj się z samych prawie naczyń, co w naszych przypadkach w obec znanéj skłonności do zapalenia naczyniówki nie może być rzeczą obojętną, zwłaszcza że jest bardzo do prawdy podobném, iż wstrzykiwania zastosowane były już w pierwszych początkach zapalenia naczyniówki, nieobjawiającego się jednak jeszcze oznakami wziernikowemi.

III. Kilka uwag o hipochondryi.

Napisał **Dr. Maks. Gumplowicz.**
Lekarz zakładu w Weindlingau.

W praktyce hidroterapeutycznéj między chorobami przewlocznemi liczebnie pierwsze zajmuje miejsce hipochondryja. Znaczna stosunkowo część, według mego osobistego doświadczenia około 10% tych chorych, którzy się leczą w zakładach hidryjatrycznych, przedstawia nam znane objawy hipochondryi, bądźto, jako wyłączny lub główny wyraz istniejących zmian chorobowych, bądźteż tylko jako mniéj lub więcéj ważną komplikacyję innych chorób. Jeszcze bardziéj może przeważa co do liczby hipochondryja w statystyce tych chorych, którzy po za zakładem szukają rady i pomocy u hidroterapeutów. Takim to sposobem lekarz zajmujący się hidroterapiją nabiera mimowoli i chęci szczegółowego doświadczenia pod względem hipochondryi, czego mu zresztą, mówiąc nawiasem, zazdrościć nikt nie ma powodu. W takimto będąc położeniu i bądź co bądź zmuszony poświęcić część czasu mego hipochondrom, starałem się przynajmniéj na podstawie obserwacyi o ile możności zdać sobie sprawę z tego, jaki jest pierwotny rozwój psychologiczny objawów hipochondrycznych, a daléj, jak się one zachowują w obec znanych nam i używanych zabiegów leczniczych? Zajęcie to doprowadziło mnie do przekonania, że w ogóle hipochondryja jako przedmiot badań klinicznych obecnie jest może zanadto i niesłusznie zaniedbaną. W miarę jak nam z postępem wiedzy lekarskiéj badania fizyczne, chemiczne i mikroskopijne podają coraz to szerszą i pewniejszą zmysłowo dotykalną podstawę rozpoznania, tracimy, zdaje się, coraz to więcéj chęć zajmowania się tą stroną patologii, która się głównie opiera na psychologii fizyjologicznéj. Nawet psychijatryja stawia obecnie jako ideał, do jakiego dąży, umiejscowienie i ścisłe określenie anatomiczne tych chorób mózgowych, których zewnętrznym objawem są zboczenia psychiczne. Tak więc, gdy hipochondryja, jako taka, ani nie podlega badaniom fizycznym *in vivo* ani też nie pozostawia, o ile nam wiadomo, właściwych sobie dotykalnych zmian anatomicznych w mózgu, zdawać się łatwo może, jakoby li tylko istniała w wyobraźni chorego. Ztąd też rozpoznanie a nawet samo już podejrzywanie hipochondryi, w skutek mimowolnéj asocyjacyi myśli, zniechęcać zwykło lekarza i odrażać go od bliższego zajęcia się patologiją i terapiją danego przypadku, a te tylko formy hipochondryi, które się łączą z cięższemi chorobami umysłowemi, stają się zwykle przedmiotem szczegółowego badania psychijatrów. Mimo jednak takiego zaniedbania, a może i właśnie ze względu na to, bliższe wejrzenie w sprawę powstawania, rozwoju i przebiegu hipochondryi nie tylko może być samo przez się zajmującém, ale też niemniéj w danym przy-

padku może mieć niejaką ważność i zastósowanie praktyczne. W téj myśli zapisujemy tu niektóre uwagi, jakie się nam nasunęły przy badaniu hipochondryi w różnych jéj kształtach i odmianach.

Nie przesądzając w niczém samej istoty rzeczy możemy jedynie dla porozumienia się i zgodnie ze zwykłą definicyją powiedzieć, że mianem hipochondryi oznaczamy taki stan chorobowy, w którym wygórowane poczucie chorobowe i przesadny sposób wyjawienia tegoż w braku odpowiedniéj podstawy przedmiotowéj zdaje się być objawem przeważnie podmiotowym. Nie znajdując i nieprzypuszczając w organizmie chorego takich zmian patologicznych, któreby dostatecznie wytłumaczyć nam mogły wygórowane poczucie chorobowe i rozliczne skargi i żale chorego, uważamy te objawy za przeważnie podmiotowe, za wynik nieprawidłowéj funkcyi psychicznéj; zaliczamy tedy hipochondryję do rzędu chorób umysłowych.

Oczywiście orzeczenie takie ogółowe nie wyjaśnia nam jeszcze właściwéj istoty téj sprawy chorobowéj ani téż nie określa nam bliżéj jéj siedziby, zwłaszcza gdy w téj kwestyi nadaremnie szukamy punktu oparcia w anatomii patologicznéj. Natomiast badanie właściwego źródła i pierwotnego rozwoju hipochondryi w danych przypadkach w połączeniu z wiadomościami chociaż szczupłemi, jakich nam psychologija fizyjologiczna i psychopatologija w téj mierze dostarczają, wyświeca nam nieco genezę psychopatologiczną hipochondryi i dozwala nam bliżéj umiejscowić jéj siedzibę w narządzie inteligencyi. Ze względu na patogenezę hipochondryi możemy rozróżnić kilka odmiennych typów, które i w dalszym przebiegu niektóre odrębne zachowują cechy. Zważywszy, że hipochondryja rozwinąć się może i zwykle się rozwija na tle wcale zdrowego i prawidłowego umysłu, możemy tymczasowo wszelką ułomność umysłu, dziedziczną lub nabytą, wyłączyć z szeregu czynników patogenetycznych i ograniczyć się do wskazania trzech głównych źródeł hipochondryi, jakiemi są:

1) Choroby narządu trawienia;

2) Choroby i zboczenia funkcyjonalne narządu płciowego;

3) Zbytnie natężenie umysłowe zwłaszcza u osób niedokrewnych.

W każdym razie odmienne źródło patogenetyczne nadaje hipochondryi pewne odrębne rysy, które najlepiéj może uwydatnić się dadzą przez krótkie przytoczenie kilku odpowiednich poszczególnych przypadków.

Choroby narządu trawienia, przeważnie nieżyty żołądka i kiszek, wywołują niekiedy że tak powiemy ostrą hipochondryję, która najwydatniéj przedstawia nam rozwój hipochondryi na podstawie wyłącznie somatycznéj. Podajemy, jako przykład, dwa następujące przypadki.

a) W zimie r. 1874/75 pan E. adwokat, lat wtedy trzydzieści i kilka liczący, fizycznie i psychicznie zupełnie zdrowy nabawił się nieżytu kiszkowego, który w skutek nieodpowiedniego zachowania się przeszedł w stan przewłoczny. W kwietniu r. 1875 zasiągnął mojéj rady. Skarżył się głównie na rozwolnienie następujące przy najmniejszém zboczeniu dyjetetyczném i na przykry ból w kiszkach po każdorazowém wypróżnieniu. Nie okazywał zaś w tym czasie ani śladu usposobienia hipochondrycznego. Udzieliwszy mu rady, wkrótce potém wyjeżdżając z Wiednia, poleciłem go opiece jednego z kolegów. Jakież było moje zdziwienie, gdy za powrotem moim do Wiednia w jesieni tegoż roku chory przedstawił mi się w stanie najzupełniéj rozwiniętéj hipochondryi. Zasiągał był on rady kilku znakomitych lekarzy i okazał mi zbiór recept, w których przeważały *adstringentia* i przetwory makowca. Miał również zalecone zimne kąpiele nasiadowe. Mimo to stan chorobowy utrzymał się z małemi przejściami i zmianami. Chcąc zapewne sam bliżéj poznać istotę swéj choroby, zajął się gorliwie czytaniem dzienników i dzieł lekarskich. Przejęte ztąd zdania i twierdzenia całkowicie zapełniały jego umysł a powierzchownie zastósowane do spostrzeżeń na sobie samym uczynionych, naprowadzały go na myśl, jakoby u niego istniała choroba rdzenia pacierzowego, zwężenie kiszek i t. d. Trudno było ocenić, o ile liczne dolegliwości, na jakie się skarżył, odnosiły się do rzeczywistych parestezyj pochodzących z niedokrewności, czy téż były tylko płodem mocno zaniepokojonéj wyobraźni. Uspokoiwszy chorego podałem mu najściślejsze przepisy dyjetetyczne stosując, jako *adstringens,* jedynie wino francuskie. W przeciągu trzech miesięcy nieżyt kiszek zwolna ustąpił, a równocześnie ustały objawy hipochondryi. Pozostało tylko zajmowanie się pismami lekarskiemi, które jednak już nie wywołuje myśli hipochondrycznych.

b) Podobny przebieg hipochondryi okazał p. B., urzędnik bankowy, człowiek młody, nieco dobréj tuszy, zresztą zdrowy, silny i bystrego umysłu. Nabawiwszy się nieżytu żołądka i kiszek, przez dłuższy czas zaniedbał wszelkiego leczenia, następnie z porady lekarskiéj zachowywał dyjetę prawie wyłącznie mięsną. Przy téj dyjecie stan żołądka nieco się polepszył, nastało jednak uporczywe zaparcie stolca po części może w skutek wyłączenia silniejszych bodźców chemicznych i mechanicznych, do jakich przewód pokarmowy od dawna był nawykł. I tu w przeciągu kilku miesięcy rozwinęła się hipochondryja, nacechowana głównie bezustanném badaniem i tłumaczeniem objawów chorobowych. Ze zmianą dyjety zwolna powróciła prawidłowa czynność narządu pokarmowego, a nastrój hipochondryczny zniknął bez śladu.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

O cięciu cesarskiem i jego metodach

napisał Dr. A. Mars
Docent położnictwa i Asystent kliniki położniczo-ginekologicznéj U. J.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr 17).

A) Operacyja cięcia cesarskiego według dawniejszéj metody na żywych.

Wskazania. 1) Wskazanie bezwzględne w przypadkach, w których istnieje niestosunek porodowy takiego stopnia, że płód donoszony, ani żywy, ani umarły zmniejszony, a tém mniéj całkowity, drogami porodowemi naturalnemi żadnym sposobem urodzony być nie może. Niestosunek porodowy takiego stopnia wywołanym być może: *a)* w przypadkach zwężenia miednicy, w których najmniejszy wymiar miednicy wynosi niżéj $2^1/_2$ cala, z wyjątkiem miednic zmiękczałych, które mogą pewną rozciągliwość posiadać; *b)* w przypadkach, w których nowotwory wychodzące ze ścian miednicy albo z części miękkich kanału rodnego w miednicy małéj zalegają, i ani zmniejszonemi ani téż z miednicy wyprowadzonemi być nie mogą; *c)* w przypadkach znacznego zwężenia kanału rodnego miękkiego przez różne sprawy patologiczne, jak np. przez rozległe zwyrodnienie rakowate, przez rozległe zbliznowacenia ujścia zewnętrznego, pochwy i t. d.

2) Wskazanie prawne wypływające z przepisów ustawą naznaczonych i tak w cesarstwie rakuzkiém istnieje ustawa z r. 1798, która nakazuje wykonanie cięcia cesarskiego na

trupie każdéj ciężarnéj zmarłéj w drugiéj połowie ciąży, w celu aby użto ratować płód, gdyby był jeszcze żywym, jużteż aby na nim wykonać chrzest, jeżeli matka była chrześcijanką. Nadto druga ustawa z r. 1855 wymienia oznaki zewnętrzne drugiéj połowy ciąży, w celu aby lekarz oglądający osobę zmarłą na nie zważał i w danym razie operacyję cięcia cesarskiego na trupie wykonał.

3) Wskazanie względne w przypadkach, w których istnieje niestosunek porodowy tego rodzaju, że płód donoszony tylko po zmniejszeniu główki lub tułowia urodzonym być może, z zastrzeżeniem, że płód jest żyjącym, a życie jego tylko przez operacyję cięcia cesarskiego utrzymaném być może, pouczona zaś o niebezpieczeństwie operacyi matka, na takową się zgadza. Wskazanie to odnosi się do przypadków, w których niestosunek porodowy pochodzi z tych samych co przy pierwszém wskazaniu przyczyn, tylko w niższym znachodzi się stopniu. Co do zwężenia miednicy to zaliczamy tutaj miednice zwężone w jednym wymiarze w granicach od $2\frac{1}{2}$—3 cali.

Przeciwwskazania do operacyi cięcia cesarskiego, szczególniéj odnośnie do wskazania względnego, stanowią przypadki, w których stwierdzimy: 1) że płód jest mały, albo zmiękczały a témsamém, jeżeli mamy nadzieję, że takowy da się urodzić sztucznie, n. p. za pomocą kleszczy; 2) gdy pouczona o niebezpieczeństwie operacyi rodząca wykonaniu takowéj się sprzeciwia; 3) gdy rodząca jużto sztucznie, jużtéż skutkiem jakiegoś stanu patologicznego n. p. znacznéj gorączki świadomości jest pozbawioną; 4) gdy rodząca jest cierpiącą umysłowo; 5) wykonywanie cięcia cesarskiego na umierającéj jest nieludzkiém, a co ważniejsza przez ustawę cesarstwa rakuzkiego zakazaném.

Operacyi cięcia cesarskiego można uniknąć przez wywołanie sztucznego poronienia w przypadkach bezwzględnego wskazania na końcu ciąży, w przypadkach zaś, w których mielibyśmy wskazanie względne, przez wzniecenie przedwczesnego porodu.

Przygotowania dotyczące osoby mającéj być operowaną. Osobę mającą być operowaną należy o ważności operacyi dostatecznie objaśnić. Jeżeli dłuższy czas przed operacyją w naszéj opiece pozostaje, należy jéj podawać od czasu do czasu kąpiele ciepłe pełne, uważać na wypróżnienie przewodu pokarmowego, jeżeli zaś po przybyciu choréj mamy niebawem do operacyi przystąpić, to należy: podać lewatywę wypróżniającą, odprowadzić mocz, ogolić wzgórek sromowy, umyć brzuch rozczynem przeciwgnilnym, n. p. kwasu karbolowego, zbadać dokładnie brzuch, przekonać się, jak jest macica i płód w niéj położony, a wreszcie owinąć odnogi ciepłemi opaskami flanelowemi lub prześcieradłami, jakoteż osłonić starannie te części, które nie potrzebują być wśród operacyi obnażone. Löhlein radzi przed przystąpieniem do operacyi próbować pod chloroformem rozciągliwości miednicy w przypadkach osteomalacyi. Litzmann, Kezmarszky i Hugenberger obserwowali rozszerzanie się miednicy podczas porodu.

Przygotowanie mieszkania. Pokój obszerny, jeżeli możebném ku południowi zwrócony, do któregoby hałas uliczny nie dochodził, najlepiéj z oknami na ogród wychodzącemi; dobre światło dzienne, łub silne oświetlenie sztuczne, jeżeli operacyja ma być w nocy wykonaną. Powietrze czyste winno być do 19 stopni R. ogrzane. Urządzenie pokoju powinno być takie, aby chora w nim i nadal pozostać mogła. Co do sprzętów, to tylko konieczne znachodzić się powinny. Łóżko, na którém ma być chora operowaną lub stół operacyjny pokryte równym materacem świeżym, prześcieradłem woskowém, a wreszcie świeżą bielizną, powinno być ze wszystkich stron przystępne. Nadto powinno być przygotowaném drugie łóżko również przystępne, do któregoby chora mogła być po operacyi przeniesioną i w niém w ciągu następowego leczenia pozostawać. Łóżko to powinno posiadać wygodny świeży materac, prześcieradło woskowe lub gumowe, daléj świeże prześcieradło płócienne. Poduszki pod głowę nie powinny być zbyt duże i miękkie, aby w nie głowa nie zapadała. Na środku łóżka powinien leżeć t. zw. podkład, t. j. prześcieradło według wielkości we 4ro lub w 8ro złożone. Do przykrycia najlepszą jest lekka kołdra świeżém prześcieradłem obszyta, i aby kołdra ta do brzucha choréj nie przylegała, należy przygotować obręcz, któréj końce po ułożeniu choréj między boki łóżka a pościel wetkać można. Obręcz taka przydatną być może i do uczepienia worków z lodem, jeżeliby takowe lekarz zalecił. Łóżko tak przyrządzone należy starannie ogrzać. Nieopodal od łóżka lub stołu operacyjnego powinien być przygotowany stół, na którymby leżała poduszka równa, twarda lub mały materac a obok wszystko, co dla noworodka tuż po urodzeniu potrzebném być może.

Odwonienie. Takowe winno być rozciągnięte do wszystkich osób i przedmiotów, które podczas i po operacyi z chorą mają wchodzić w zetknięcie, i tak: począwszy od operatora wszystkie osoby asystujące a wreszcie chora winna mieć suknie świeże, środkami przeciwgnilnemi odwonione. Żadna z tych osób nie powinna mieć przez czas dłuższy styczności z ciałami ogranicznemi, gnijącemi. Wszyscy powinni umyć sobie przed operacyją starannie ręce silnym rozczynem środka przeciwgnilnego, n. p. 5% kwasem karbołowym. Pokój należy chlorem wykadzić, świeżo wapnem z domieszką środka przeciwgnilnego pobielić i podobną przymieszką podłogę, okna, drzwi umyć. Sprzęty wszystkie bez wyjątku po staranném pierwotném oczyszczeniu należy rozczynem ciała przeciwgnilnego obmyć. Co powiedziano o sprzętach, odnosi się także i do narzędzi.

Czas stósowny do operacyi. Najstósowniejszą chwilą do rozpoczęcia operacyi jest koniec pierwszego okresu porodowego, gdy mamy silne, dobrze rozwinięte bóle porodowe, które dozwalają spodziewać się, że po operacyi macica się dobrze skurczy, co ze względu na krwotok jest bardzo pożądaném. Rzecz naturalna, że jeżeli będziemy mieli przed sobą rodzącą, u któréj czynność porodowa już daléj postąpiła lub nawet pękł pęcherz płodowy, nie będziemy zwlekać operacyi, rozchodzi się tu bowiem o to, że po pęknięciu pęcherza płodowego z każdą chwilą pogarszają się warunki dla życia płodu. W takich przypadkach szybkość w postępowaniu będzie zadaniem operatora.

Narzędzia. 1) Brzuszate skalpele, 2) bistury gałkowate, 3) kilka pincet z zasówkami, 4) nożyczki proste i zakrzywione, 5) haki ostre i tępe, 6) sonda rowkowana, 7) cewnik, 8) igły długie proste do szycia powłok brzusznych, krzywe różnéj wielkości igły do podwiązywania naczyń, 9) jedwab do szycia różnéj długości, nici do podwiązywania naczyń, 10) utrzymywacz igieł, 11) aparat do chloroformowania, 12) szczypczyki do wyciągnięcia języka, 13) gąbki odwonione różnéj wielkości, nadto małe w szczypczyki ujęte, 14) ciepła i zimna woda, 15) lód, 16) odpowiednia liczba kompres, prześcieradeł i opasek flanelowych, 17) opatrunek Listera, 18) wata w większéj ilości do wysłania brzucha,

19) szeroka opaska flanelowa zaopatrzona w tasiemki do związania jéj z przodu, 20) środki podniecające jak: mocne wino, nastój cynamonowy, eter do wstrzykiwań podskórnych itd., 21) dobrze jest przygotować kleszcze porodowe.

Asystencyja. Asystentów potrzeba przynajmniéj sześciu i tak: 1szy stojący po prawéj stronie choréj obok operatora usuwa pętle jelit, któreby między powłokami brzusznemi a ścianą macicy leżały w kierunku od dołu ku górze; za pomocą opukiwania ogranicza dokładnie brzegi macicy. Podczas operacyi układa obie ręce na górnym odcinku brzucha i macicy przyciskając do téjże powłoki brzuszne, nadto uważa, aby sieć lub jelita nie wypadały; 2gi, naprzeciw operatora stojący, ociera gąbką ranę operacyjną, chwyta krwawiące naczynia, pomaga do podwiązania tychże, zbliża i przytrzymuje brzegi rany operacyjnéj, pomaga do wydobycia płodu, wreszcie jest pomocny przy zakładaniu szwów na powłokach brzusznych; 3ci podaje wśród operacyi instrumenta, uważa, aby gąbki nie zostały pomięszane, tylko aby teżsame w pewnych celach były używane, pod koniec operacyi obowiązkiem jego jest przeliczyć wszystkie gąbki i narzędzia, aby uniknąć przypadku, jaki już nieraz się przydarzył, t. j. że gąbka, pinceta lub podobny przedmiot pozostały w jamie macicy lub brzucha; 4ty chloroformuje i uważa na tętno i oddech; 5ty przyciska od dołu powłoki brzuszne do ściany macicy rękami ułożonemi na dolnym odcinku brzucha i macicy, które splata końcami swych palców z palcami asystenta pierwszego, przyczém uważać musi, aby macicy w górę nie podnosił, mogłoby bowiem cięcie potém przypaść na szyję macicy; 6ty przebija błony płodowe, uciska i przecina pępowinę a wreszcie odbiera dziecko.

Służba, przynajmniéj 2 posługaczki zmieniające się winny być w pogotowiu, któreby i po operacyi przy choréj czuwać mogły. Nie powinny miéć żadnéj styczności z innemi choremi, tylko wyłącznie usługiwać téj choréj, któréj je przydzielono. Wśród operacyi obowiązkiem posługaczek jest podawanie według żądania ciepłéj lub zimnéj wody, lodu, umywanie gąbek i narzędzi, podawanie świeżéj bielizny a usuwanie zużytéj, po operacyi zaś karmienie choréj, przenoszenie jéj, słanie łóżek i tém podobne usługi. Ponieważ wszystkie te usługi wymagają pewnéj zręczności i znajomości rzeczy, przeto dobrze jest używać doświadczonych posługaczek, które mimo to zawsze o powyższych obowiązkach należy pouczyć. (C. d. n.)

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcyja lekarska Tow. Przyj. Nauk Pozn.

Posiedzenie z dnia 3go marca 1881

Obecnymi na posiedzeniu byli koll. Kaczorowski, Wicherkiewicz, Batkowski, Jarnatowski, Grodzki, Jerzykowski, Kapuściński i sekretarz. Przewodniczący w zastępstwie kol. Mateckiego kol. Kaczorowski. Po przeczytaniu i przyjęciu sprawozdania z ostatniego posiedzenia przyjęto na członków Tow. Dra Karchowskiego z Kostrzyna i Dra Żuchowskiego z Grodziska. Przy dyskusyi nad chorobami obecnie panującemi wspominają koll. Kaczorowski, Jerzykowski i Jarnatowski o tyfusie osutkowym, o żarnicach, płonicy i dyfteryi. Następnie wspomina kol. Wicherkiewicz o zalecanym przez lekarzy amerykańskich nowym środku znieczulającym. Polega on na nader szybkiém oddychaniu pacyjenta przed rozpoczęciem rękoczynu. Kol. W. używał środka tego przy kilku mniejszych operacyjach ocznych z dobrym skutkiem. Następnie okazuje kol. Wicherkiewicz nową przez Luera skonstruowaną maskę do chloroformowania. Ma ona działać lepiéj, bezpieczniéj i skuteczniéj niż inne tego rodzaju przyrządy. Poczém mówi kol Kaczorowski o zajmującym przypadku przewlocznego wpochwienia (*invaginatio*) jelita, jakich nie wiele dotąd podanych zostało w piśmiennictwie lekarskiém. Podamy téż o niém obszerniéjszą wiadomość. Teodor Waszkiewicz, lat 38, wyrobnik, od wielu lat skłonny do nieprawidłowych wypróżnień jelita (zaparcia na przemian z rozwolnieniem stolca), w połowie października r. z. nagle doznał silnych bólów brzucha, połączonych zrazu z zaparciem stolca, poczém ustawiczna trwała krwawa poniekąd biegunka. Nieustające boleści zniewoliły go nareszcie do szukania pomocy w zakładzie Szarytek, gdzie dnia 31 października kol. Kaczorowski znalazł stan następujący: Średnia budowa ciała, z mało rozwiniętą podściółką tłuszczową cera twarzy czysta, wyraz zdradzający znaczne cierpienia, wyrażające się nadto w ustawicznych jękach, język wilgotny, trochę obłożony, brzuch miernie wzdęty, mocno napięty, przy dotykaniu bolesny. W okolicy nadpępkowéj wypukla się nieledwie nad poziom zaokrąglenia brzusznego guz mniéj więcéj odpowiadający postacią i ułożeniem zwiększonéj znacznie wątrobie, t. j. zajmujący całe prawe i połowę lewego podżebrza aż do linii pępkowéj. Guz ten przy obmacywaniu jest gładki, silnie napięty i wydaje przy opukiwaniu czczy odgłos. Innych zboczeń kol. Kaczorowski nie mógł wyśledzić. Stolec był zaparty od 3 dni, mocz trochę ciemniejszy, ale wolny od nieprawidłowych przymieszek np. części żółciowych. Ciepłota pod wieczór zaledwie 38°C, przechodziła, tętno trochę nizkie, około 90 uderzeń na minutę. Chory narzeka na ustawiczny ból brzucha, ma trochę pragnienia, ale nie jest zupełnie pozbawiony łaknienia, mdłości ani wymiotów nie ma. Rozpoznanie, przyjmując zwiększenie wątroby, pod względem przyczynowym tegoż stanu, pozostawił kol. Kaczorowski w zawieszeniu, skłaniając się tymczasem, mimo braku objawów żółtaczki, do przypuszczenia kamieni żółciowych. Zalecił olejek rącznikowy na przeczyszczenie, rozgrzewające się z zimnéj wody okłady na brzuch i zastrzykiwanie po trzykroć na dobę morfinu. Za pokarm służyło wyłącznie mleko. Następującego dnia nastąpiły dosyć obfite, bardzo cuchnące, żółciowe, lekko krwią zabarwione stolce, bóle pod wpływem morfinu uśmierzały się wprawdzie, chory nie przestawał jednak narzekać, mimo że po 3 dniach wzdęcie brzucha i objętość guza znacznie się zmniejszyły, a ciepłota do prawidłowego zeszła stopnia. 6go listopada bóle się nawet wzmogły i dopiero po podaniu co 2 godz. 15 kropel nastoju makowcowego trochę się uśmierzyły. Obok tego zaordynował prelegent co 3 godziny 10 kropli chloroformu, a gdy i mimo to chory wciąż gorzkie zawodził żale, dnia 12go i 13go zastrzyknął chlorek pilokarpinu pod skórę, poczém znaczne nastąpiło zwolnienie bólów. 15 listopada przyłączyła się do dolegliwości chorego jeszcze uporczywa czkawka, która dopiero 3go dnia, przy podawaniu wodanu chloralu z makowcem, gdy znów obfite, trochę z krwią zmięszane stolce odeszły, zupełnie się uspokoiła. Odtąd kol Kaczorowski wyżéj wspomnianego guza wyczuć już nie mógł, napięcie brzucha także ustało i chory nareszcie uczuł wielką ulgę. Teraz dopiero nasunęła się prelegentowi myśl, ażali w obecnym przypadku nie zachodziło wpochwienie jelita, które pod wpływem środków przeciwkurczowych nareszcie samo się odprowadziło. Celem ułatwienia wypróżnień jelita, tudzież powstrzymania w niém fermentacyi zaordynował teraz kol. K. choremu 3 razy dziennie po łyżeczce od kawy równych części palonéj magnezyi z podsaletranem wismutu Chory szybko do siebie przychodził, nabywając coraz żywszego łaknienia, tak że po upływie niedługiego czasu trzeba mu było prócz mleka i inne stałe podawać pokarmy. 5go grudnia gruby wybryk w dyjecie (chory zjadł pokryjomu wędzoną kiełbasę) sprowadził nagły powrót wszystkich dawniejszych cierpień. Guz także się znów znalazł, ale tym razem w lewém podbrzuszu w okolicy SR, w kształcie bochenka mocno napiętego. Przy wypukiwaniu wydawał czczy odgłos i był pod naciskiem bardzo bolesny. Stolec odtąd, dość często odchodzący zawierał tylko płyn krwawo śluzowy, odbytnica przy śledzeniu była próżna Utwierdzony w przypuszczeniu wpochwienia jelita, teraz jeszcze głębiéj ku odbytnicy wsuniętego, zaczął kol. Kaczorowski stosować irygacyje jelita znacznemi ilościami (aż do 2 litrów) letniego rumianku. Po 4ch dniach guz znikł, dolegliwości wszelkie ustały i chory znów wkrótce odzyskał dawniejsze, dla niego niestety złowrogie łaknienie. 24go grudnia bowiem po zjedzeniu znów kawałka kiełbasy taż sama scena chorobowa odnowiła się z tą zmianą dekoracyi, że

guz zajmował całe lewe podbrzusze aż do linii Pouparta. Tym razem wprowadzony przez kol. Kaczorowskiego palec do odbytnicy, napotkał tuż nad zwieraczem zewnętrznym ciało stożkowate, podatne, z otworem w środku, a podobne zupełnie do szyjki macicznéj rozmiękczonéj. Obecnie więc nie mogła już żadna zachodzić wątpliwość, że nastąpiło wpochwienie jelita aż ku samėj odbytnicy. Zarządzone przez prelegenta na tém pewniejszéj podstawie irygacyje odprowadziły znowu jelito i chory odzyskał względnie zdrowie o tyle, że od tego czasu pozostała skłonność do ustawicznéj biegunki. Niewstrzemięźliwy jednak człowiek, mimo tak dokuczliwéj kary za swoje łakomstwo, dopuścił się dnia 27 stycznia rb. ostatniego występku dyjetycznego, objadłszy się serem gnojonym. I znowu nastąpiło wpochwienie jelita aż do samėj odbytnicy, i znowu odprowadzenie go za pomocą irygacyi odwarem siemienia lnianego. Lecz miarka się przebrała: niczém niepowstrzymana ukazała się biegunka z wydzielinami ropiasto krwawemi, mocno cuchnącemi, ciągłe bóle brzucha, kał pokazywał się tylko po podaniu olejku rącznikowego i to na wstępie w formie cienkich, trochę przypłaszczonych orzeszków. Chory niknął z dniem każdym, a dnia 1 marca rb. zakończył życie. Przy oględzinach pośmiertnych znalazł kol. Kaczorowski cienkie jelito wpochwione w grube jelito, tworząc rodzaj wypchanéj kiszki długości około 15cm., położonéj w samym środku brzucha. Wpochwienie to nie mógł prelegent rękoma żadną miarą odprowadzić, blaszki bowiem otrzewny na początku téj kiszki były zupełnie z sobą zrośnięte. Po rozcięciu grubego jelita odkrył dopiero kol. K wywrócone wpochwione jelito, a składające się z kawałka grubego, ślepego i części cienkiego jelita. Błona śluzowa wpochwionego jelita była czarno zabarwiona, i licznemi pokryta wrzodzikami (Klebs (*Handb. d. path. Anat.*) twierdzi, że owrzodzenia takie powstają z zatoru małych tętniczek, a Feigel (Przyczynek do anatomii pat. wgłobienia jelit. — Rzecz przedst w Tow. lek. gal, 1876) kładzie je na karb wzajemnego ucisku obrzękłych pierwotnie cew jelitowych. *Przyp. ref.*) Reszta całego grubego jelita była nader rozszerzona, błona śluzowa rozpulchniona, gruczołki śluzowe (*folliculi*) wystające nad poziom, a ku odbytni y coraz szerzéj owrzodzeniem dotknięte. Przebieg przypadku tego pozwala kol. Kaczorowskiemu wnioskować, że prawdopodobnie w następstwie długotrwałego nieżytu grubego jelita, a wytworzonego ztąd porażennego rozszerzenia onegoż po kilkakroć zrazu na krótką, późniéj coraz dłuższą przestrzeń, wślizgiwało się jelito cienkie, ślepém naprzód, do grubego jelita, i że trzy razy nastąpiło zupełne odprowadzenie, czwartym razem jednak tylko częściowe. Pozostałe wpochwienie ślepego jelita wraz z małą częścią cienkiego, trwając przeszło 4 tygodnie, z powodu nieustającéj biegunki zastoinowéj, wyczerpało ostatecznie siły chorego, jak zwykle w podobnych przypadkach. każdorazowe wpochwienie miało miejsce bezpośrednio po spożyciu ciężkich niestrawnych pokarmów. Pierwsze wpochwienie usunęło się samo siłą przyrody przez zwrotny skurcz mięśni jelitowych, przy następnych wpochwieniach sięgających aż do samėj odbytnicy przyczyniły się niezawodnie do odprowadzenia obfite irygacyje, które więc zasługują na stateczne zastosowanie, choćby i pierwsze ich próby pozostawały przez dni kilku bez skutku. Ostatecznie zwraca kol. Kaczorowski jeszcze i na to uwagę, że śródjelicie chorego okazało się nader szerokiém i wiotkiém, co patolodzy za główną uważają okoliczność usposabiającą tak do wpochwień, jak do przewrotów jelit. Po wykładzie tym wywiązała się dość ożywiona dyskusyja, w której zabierali głos koll. Batkowski Jerzykowski, Wicherkiewicz, Kapuściński i prelegent. Ostatni wspomina o przypadku zagłoby jelit, obserwowanym przez siebie w listopadzie r. z. u 29-letniéj niewiasty, u któréj śródjelicie zstępującego jelita było tak obszerném, że SR znalazło się przyrosłe do prawych żeber. *Dr. Święcicki.*

VI. Zdroje siarczane w Lubieniu.

Przez Dra **Edwarda Sawickiego** ze Lwowa.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 17).

2. Szkic historyczny zdrojów Lubieńskich siarczanych.

Zdrojowisko Lubieńskie nie było znane za czasów Oczki, ani za późniejszych balneologów staropolskich Petrycego i Syksta. Nie ma o niém wzmianki we fizyjografii ziem polskich Rzączyńskiego z w. XVIII (*Historia naturalis curiosa Regni Poloniae M. Ducatus Lituaniae annexarumque Provinciarum*"; *Sandomiriae* 1721; Bibl. Ossol. 14,858, 4°) ani téż w późniejszém *Auctuarium* tego dzieła.

Wieś sama, wtenczas Lubynem zwana, miała już swoje dzieje i znaczenie. Założona około 1220 r. za panowania Kolomana w Haliczu i osiedlona osadnikami rumuńskimi, około 1241 zburzona przez Daniłę; na nowo zaludniona za Kazimierza W. nalcżała do królewszczyzny. Za Jagiellonów przeszła do rodziny Pazawów. Mikołaj Pazawa na początku XIV w. wzmocnił jéj ludność osadnikami mazurskimi i ruskimi i pisał się z Lubyna. Za czasów Oczki była ona w posiadaniu Wilczków, patrycyjuszów lwowskich. Jan Wilczek piszący się z Lubienia znowuż zasiedlił ją nowymi osadnikami.

Jednak wszyscy ci właściciele nie czynili nic dla zdrojowiska samego. Dopiero za Jabłonowskich w r. 1778 niejaki Serz zwrócił był uwagę na źródła siarczane w Lubieniu, z których zaczął wydobywać siarkę, a skończył na założeniu kąpieli na wzór już od wieków istniejących podobnych we Szkle pod Jaworowem. Sam Serz opisał był te zdroje lecz manuskrypt zniszczył urząd górniczy w r. 1871.

Pozostały nam najdawniejsze świadectwa o zdrojach Lubieńskich w dziele Hagueta: „*Neueste Physikalisch politische Reisen in den Jahren 1794—1795 in den Nördlichen Karpathen*", z którego powtarzam tu za Sznajderem (monografija wsi Lubienia" w Kosmosie z r. 1877, p. 345 et seq.) następujący ciekawy ustęp: „*Alles ist von Bóbrka an bis Szczerzec und Lubin hügelicht, auf Sand und Mergelschichten schränken sich die hiesigen Teichgründe ein; hie und wieder sieht man auch Spuren von Schwefelquellen, bis man zu dem Orte kommt, wo diese Schwefelquellen an Menge jene bei Szkło übertreffen. Hier sind auch bessere Badhäuser errichtet als in Szkło, da der Inhaber sich dermalen alles angelegen sein lässt, die Wohnungen u. s. w. aufs bequemste einzurichten. Da diese Quellen nur drei Meilen von der Hauptstadt entfernt sind, so wäre zu wünschen, dass bessere Unterstützung getroffen würde, aber in diesem confusem Lande ist leider so was nicht zu hoffen. Alle Quellen sind hier ohne Bedachung in morastigen Sümpfen, wovon das Wasser hdurc Pumpwerk in das Badehaus geleitet wird.*"

Już w roku 1798 pierwszy podobno lekarz zdrojowy w Lubieniu, Dr. Karol Kroczkiewicz ze Lwowa, przepisał regulamin kąpielowy „*Allgemeine Baderegeln für Lubień*, Lwów, 1798.

W roku 1823 Salamon ze Lwowa dokonał pierwszego rozbioru wód Lubieńskich i ogłosił wynik takowego w „Rozmaitościach" lwowskich (1823, p. 273 et seq.).

Przy téj sposobności pozostawił nam obraz postępu, jaki w zakładzie poczyniono: „pomnożono łazienki, pobudowano wygodne pomieszkania, wystawiono salę jadalną, gdzie się oraz zabawy z tańcami odbywają, kaplicę, w któréj codzień odprawia się służba boża i założono obszerny, przyjemny park, służący gościom za miejsce najpiękniejszéj przechadzki."

Wkrótce, bo w r. 1828, rozebrał wody Lubieńskie ponownie wielce zasłużony w balneologii krajowéj T. Torosiewicz i złożył wynik swojego rozbioru tych wód, naprzód w monografii osobnéj: *Physikalisch-chemische Analyse der mineralischen Schwefelquelle in Lubień*", Wien, 1818, a następnie w dziełku wartości nieposledniéj: „Źródła mineralne w królestwie Galicyi i na Bukowinie", Lwów, 1849.

Przez zabiegi naukowe Torosiewicza na polu balneologii krajowéj weszła sława wód Lubieńskich nietylko do gazet polskich i niemieckich (Czasopismo Ossolińskich, Kuryjer Warszawski, Dziennik Literacki, Czas krakowski, *Buchners Repertorium für Pharmacie, Mnemosyne*), lecz uczynił o nich poszczególną wzmiankę Dr. Simon w swojém dziele balneologicznêm: *Heilquellen Europas*, Berlin, 1836, przez co zdroje Lubieńskie przystąpiły niejako do związku zdrojowisk międzynarodowego.

Nowa i ważna poczęła się era dla wszystkich zdrojowisk krajowych i dla Lubieńskich także, gdy przezacny nasz i dzielny prof. Józef Dietl stanął na czele ruchu balneologicznego.

Zwiedził on w r. 1858 także i Lubień i postawił jego wody pomiędzy wszystkiemi innemi siarczanemi, nie tylko w pierwszym rzędzie, lecz na pierwszém miejscu.

„Postanowiłem opisać dokładnie ten zakład i umieścić opis w drugiéj wyjść mającéj części monografii mojéj o zdrojowiskach krajowych. Nim jednak da Bóg do niéj przystąpić, pozwalam sobie zwrócić, na nie uwagę szanownych kolegów, mianowicie tych, co ze wschodniéj części kraju chorych do wód siarczanych wyprawiają.“

Następnie porównał składniki najprzedniejszych i najsławniejszych term siarczanych cudzoziemskich ze składnikami wód Lubieńskich, i tym ostatnim przyznał pierwszeństwo wraz z wodami trenczyńskiemi i swoszowickiemi. Podniósł ilość żelaza w wodach Lubieńskich i pochwalił starania ich właściciela około podnoszenia zakładu przez coraz lepsze urządzenia, i zachęcił do dalszego postępu z zapewnieniem: „Niechaj zaś będzie pewnym, iż idąc za naszą poradą uzyska sobie dalsze uznanie i lekarzów i kraju i że poniesione przez niego nakłady nie będą bezużytecznemi, bo zakład, jakim jest Lubień, z tak obfitém i wspaniałém źródłem, z wodą tak skuteczną iż prawie wszystkie inne tego rodzaju o wiele przewyższa, z łazienkami tak dogodnemi, a nawet wykwintnemi, nareszcie z położeniem tak pomyślném i przystępném, nie może nie mieć dobrego powodzenia.“ (Porównaj prof. Dietla: „Wzmianka o wodach siarczanych w Lubieniu.“ „Przegląd Lekarski“ 1863, str. 102).

Zajęcie się tak gorące wodami i zakładem w Lubieniu tak potężnego i wpływowego męża nauki i patryjotyzmu należy niewątpliwie do sukcesów najpomyślniejszych dla przyszłości zakładu.

Nie można wątpić, że za inicyjatywą Dietla wody Lubieńskie rozebrał prof. Uniw. Jagiell. Dr. Czyrniański (zob. „Rocznik Tow. nauk. krak.“ T. XXVII p. 75 et seq.), który to rozbiór stanowił dotąd podstawę naukową do ocenienia ich własności chemicznych.

Nareszcie w ostatnich latach Sekcyja lwowska Tow. lek. gal., zajęła się zakładem Lubieńskim i wyraziła swoje zdania i desiderata w broszurze sprawozdawcy swojéj Komisyi, Dra Krówczyńskiego: „Lubień, rok 1880,“ Lwów 1880.

Z tego krótkiego szkicu widzimy, że nie brak było starania około podniesienia i doskonalenia zakładu; liczby statystyczne gości kąpielowych porównawcze przekonywają, że owe starania i zabiegi nie były płonne. Zakład miał bowiem w r. 1824 gości 490, w r. 1825: 482, w r. 1826: 513, średnio 495 osób rocznie; podczas gdy w latach 1877 miał 862, w r. 1878: 810, w r. 1879: 935, średnio 869 osób.

Jakiemi dzisiaj rozporządza środkami, jakie jest jego urządzenie i jakie są w toku ulepszenia, pomijam a raczéj odsełam czytelnika do Sprawozdania Dra Władysława Tarczucha: „Zdroje siarczane w Lubieniu,“ rok 1879, gdzie znajdzie dokładne w tych rzeczach wyjaśnienie.

Z własnego oglądania tyle mogę powiedzieć, że jest niezaprzeczenie pierwszym zakładem kąpieli siarczanych w kraju i że żadne inne zdroje siarczane tak pomyślnych dla rozwoju warunków nie posiadają. Naprzód blizkość stolicy kraju, któréj ludność wzrasta i cywilizuje się w każdym kierunku; następnie właścicielem Lubienia jest rodzina Br. Brunickich zamożna, wysoce inteligientna i pojmująca zadanie nowoczesnych zakładów tego rodzaju; brak nareszcie rywala, bo Szkło, stawszy się miejscem kąpielowém dla armii, utraciło na swobodzie. Swoszowice za daleko leżą od reszty kraju; ważna z innych względów Konopkówka zaniedbana i jeżeli się podniesie, to tylko na użytek miejscowy.

W końcu nadmienić można, że z pomiędzy lekarzy zakładu kąpielowego w Lubieniu odznaczyli się na pierwszém miejscu: Dr. K. Kroczkiewicz, który już w r. 1798 podał regulamin; Dr. Longchamps ze Lwowa (1862), Dr. J. Chądzyński ze Lwowa, który wydał w r. 1866 we Lwowie „Szkic klimatyczno-porównawczy“ jak nazywa swoją broszurkę: „O zdroju siarczanym w Lubieniu,“ w któréj przy końcu znajduje się krótki ale dokładny przewodnik Lubienia i jego okolic.

Nareszcie przypomnieć się godzi dzisiejszego lekarza zdrojowego w Lubieniu, który w r. 1879 wydał pierwsze sprawozdanie lekarskie, zasługujące pod każdym względem na uznanie, jakiego téż w Przegl. Lek. doznało.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VII. Zjazd chirurgów niemieckich w Berlinie.

Sprawozdanie Dra Rydygiera.

Już w liście moim z Berlina podałem sz. Redakcyi spis rozpraw, umieszczonych na porządku dziennym pierwszego dnia Zjazdu i namienilem o nadzwyczajnéj obfitości odczytów zgłoszonych.

I dzień Zjazdu.

1. Grawitz (z Berlina). O teoryi szczepienia zapobiegawczego. W wykładzie swym podał Grawitz wyniki badań poczynionych nad powyższym tematem a po części już dawniéj ogłoszone. Wielce zajmujące były preparaty przedłożone następnego dnia w klinice Langenbecka, tyczące się tegoż przedmiotu. Głównym wynikiem jego badań jest, że po zastrzyknięciu grzybków z średnią siłą infekcyjną niezabijającą, następnie mógł zastrzykiwać grzybki bardzo silnie zakażające bez narażenia zwierząt eksperymentalnych na śmierć, która zawsze po takiém zastrzyknięciu następowała, jeżeli poprzednio słabszemi grzybkami zapobiegawczo nie szczepił.

2. Maas (z Fryburga). O wpływie nader szybkiego odciągnięcia wody organizmowi z uwzględnieniem szczególném insolacyi i operacyj w jamie brzusznéj. Po zastrzyknięciu rozczynu soli lub cukru do kiszek lub pod skórę spostrzegł M. najprzód znaczne obniżenie ciepłoty, powtóre zniżenie ucisku krwi (*Absinken des Blutdruckes*) a nareszcie rozpuszczenie czerwonych ciałek krwi z wydzieleniem hemoglobuliny. Przez nalanie znacznéj ilości wody do kiszek udało się nieraz zwierzęta od śmierci uratować. Oparty na tych doświadczeniach zaleca M. dawać chorym z insolacyi dużo wody — nalewać wodę do kiszek

a operacyje w jamie brzusznéj wykonywać nietylko w dobrze ogrzanym ale parą nasyconym pokoju. Hüter zaleca stósownie do wyników tych badań spróbować transfuzyi przy insolacyi.

3. Mikulicz (z Wiednia). O jodoformie, jako środku opatrunkowym w gruźlicy kości i stawów. Po zalecaniu powyższego środka przed Mossetiga używano go także w klinice Billrotha i to z bardzo dobrym skutkiem. Gussenbauer dobre skutki tegoż środka potwierdza.

4. Sonnenburg (z Berlina — dawniéj w Strasburgu). O znaczeniu gruzełków w zapaleniu grzybowém kości i stawów. S. nie uważa gruzełków stawów i kości za oznakę prawdziwéj gruźlicy, jak to Volkmann, Koenig i inni twierdzili. Widział on, że w klinice w Strasburgu w 35 podobnych przypadkach, gdzie inne narządy — a mianowicie płuca — nie były zajęte gruźlicą, ani zachodziła dziedziczność, nastąpiło wyleczenie. Dyskusyję nad tym odczytem odłożono do następnego dnia po wykładach Hütera i Koeniga o gruźlicy stawów.

5. Martin (z Berlina) zaleca na podstawie swéj statystyki wycięcie macicy przez pochwę. Nie można zaprzeczyć, że operacyja tym sposobem dala dotychczas znacznie lepsze wyniki, niż operacyja Freunda, ale liczby są jeszcze za małe do porównawczéj statystyki, jak to w ostatniéj mojéj rozprawie wykazałem.

II dzień Zjazdu.

a) Posiedzenie przedpołudniowe z demonstracyjami.

1. Grawitz (z Berlina) demonstruje wyżéj wspomniane preparaty.

2. Bergmann (z Würzburga) przedstawia chorą z zagojoną raną czaszkową, u któréj zaraz po zranieniu wykonał trepanacyję i brak skóry nad raną kostną pokrył plastyczną operacyją. Baum obawia się po takiém postępowaniu zatrzymania ropy, któréj wytworzenia w przeważnie większéj liczbie spodziewać się należy po wstrząśnięciu i uszkodzeniu mózgu. Bergmann zarzut ten odpiera wskazując na założenie sączków, którego nigdy nie zaniedbuje, a które w danym razie zapewnia swobodny odpływ ropie. Pokrycie defektu natychmiastowe po dokładném oczyszczeniu ma zaś tę zaletę, że właśnie często zapobiega zupełnie wytwarzaniu ropy chroniąc ranę od zakażenia.

3. Langenbeck przedstawia chorą, któréj po kilkakrotnym powrocie operowanego złośliwego guza głowy ostatecznie nie tylko kości czaszki wypiłował, ale nawet opony mózgowe częściowe wyciął.

4. Thiersch (z Lipska) okazał mały przyrząd do zakładania ligatur *en masse* i szwu perełkowego.

5. Küster (z Berlina) mówił o skuteczności sposobu Sayrego w przestarzałych złamaniach kręgosłupa. Wywiązała się z tego dość ożywiona dyskusyja nad wartością powyższego sposobu w ogóle, podczas któréj Sonnenburg opowiedział przypadek ze swéj praktyki, który w skutek zawieszenia dziecka do gipsowania zakończył się śmiertelnie w krótkim bardzo czasie mimo wszelkich starań ożywienia chorego. Wszyscy się zgadzali, że w świeżych złamaniach kręgosłupa należy tylko z wielką ostrożnością używać gorsetu Sayrego.

6. Trendelenburg (z Rostoku) okazał preparat z chorego, któremu blizko w 2 lata przed jego śmiercią wywołaną inném cierpieniem wyleczył pseudartrozę kłykcia k. udowéj przez wbicie gwoździa z kości słoniowéj. Chory wtenczas zupełnie się wyleczył, a teraz po dwóch latach znalazł Trendelenburg kość słoniową nieomal nietkniętą.

7. Mikulicz (z Wiednia) przedstawił chorą, któréj swoim sposobem wypiłował tylną część stopy celem zagojenia wielkiego wrzodu. Opis tego sposobu znajduje się w ostatnich numerach *W. med. Wochenschrift.*

8. Langenbuch (z Berlina) przedstawia dwoje chorych po szczęśliwém wycięciu nerek ruchomych, które tyle dolegliwości sprawiały, że osoby cierpiące zupełnie były niezdolne do pracy i tak sobie uprzykrzyły życie, iż same żądały operacyi choćby najniebezpieczniejszéj. Następnie przedstawił dwa przypadki naciągania nerwów z dobrym skutkiem podjętego.

b) Posiedzenie popołudniowe.

1. Paweł Bruns. O przeszczepianiu szpiku kostnego. Z 15 eksperymentów w 12 udało się przeszczepić szpik z dobrym skutkiem, t. j. tak, że na miejscu przeszczepienia wytworzyła się nowa kość.

2. Fenwick (z Londynu) wykazał na odpowiednich nowych mapach dokładny przebieg i układ żył ściany brzusznéj.

3. Gies mówił o gojeniu ran chrząstek. (C. d. n.)

VIII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Komisyja sanitarna krakowska odbyła pod przewodnictwem Prezydenta Dra Weigla posiedzenie, na którém: 1) Przewodniczący uczcił pamięć śp. prof. Dra Stanisława Janikowskiego kilku słowami uznania a obecni przez powstanie. 2) Dr. Buszek przedłożył zapytanie Magistratu, czyby nie należało zamknąć wszystkie w mieście istniejące topiarnie łoju jako zdrowiu szkodliwe a pozwolić odbywać topienie łoju jedynie w topiarni łoju urządzonéj w zabudowaniu rzeźni miejskiéj. Po przemówieniu Drów Blumenstoka, Grabowskiego Julijana, Korczyńskiego, weter. Pacuły i wyjaśnieniach danych przez Prezydenta i fizyka miejskiego uchwalono, aby pozwolono wytapiać łój jedynie w miejskiéj topiarni łoju. 3) Tenże prosił o poparcie Komisyi, aby polecono zasypać sadzawkę smrodliwą tuż przy szpitalu św. Łazarza położoną jako ognisko zarazy zimniczéj. Uchwalono wezwać powtórnie Zarząd szpitala św. Łazarza, aby jak najspieszniéj usunięto rażące to źródło zarazy. 4) Tenże podał szczegóły odnoszące się do śmiertelności i chorobliwości w miesiącu lutym i marcu. Według obliczenia na rok i 1000 umarło w lutym 36,1: w marcu 40,8. Z chorób zakaźnych umarło w lutym 19,8%; w marcu 23,5%. W ostatnim miesiącu zaszło więcéj przypadków śmierci: z odry, płonicy, duru brzusznego, a przedewszystkiém duru osutkowego, którego ofiarą padło aż 6 osób. Celem wykrycia źródła szerzącéj się zarazy zrewidował w całém mieście noclegi i ogrzewalnię miejską, zbadał stan tyfusu w kryminale i szpitalach, zamknął 2 noclegi jako prawdziwe wylęgalnie zarazy, przedstawił wnioski Magistratowi celem poprawy stanu opłakanego noclegów i ogrzewalni i przekonał się, że kryminał, noclegi i ogrzewalnia miejska najwięcéj dostarczyły przypadków duru. Tyfus rozszerzył się prawie wyłącznie pomiędzy włóczęgami. Charakter jego jest łagodny. Od stycznia umarło do 16 kwietnia osób 11; mianowicie: w styczniu 1, w lutym 2, w marcu 6, w kwietniu 2. Fizyk uważa chwilę obecną za najstósowniejszą do wyzyskania pewnéj sumy od Rady miejskiéj na cele radykalnych reform sanitarnych, jakie na przyszłość mogłyby zabezpieczyć miasto od ciągłych epidemij, a za takie uważa reformę budowy dołów kloacznych i czyszczenia tychże, wyrugowanie śmietników a zastąpienie takowych wózkami. Również widzi jako naglącą potrzebę, aby Magistrat napierał na właściwą władzę, żeby kryminał, jako ciągłe ognisko tyfusu osutkowego, był zbudowany za miastem, a obecny służył tylko za pomieszczenie osób pozostających w śledztwie.

Zarządzono ze strony Magistratu, aby przestrzegano jak największą czystość po placach publicznych, ulicach i domach a głównie, gdzie tyfus lubi się zagnieżdżać. Fizyk wyraża nadzieję, że obecnie panujący dur osutkowy przełamie się niezadługo zwłaszcza, że do szpitala tutejszego w ostatnich dniach przybywało tylko po 2 osób i że wśród obecnéj pory cieplejszéj łatwiejsze będzie przewietrzanie pomieszkań ubogiéj ludności, klasa wyrobnicza znajdzie zarobek przy robotach publicznych i prywatnych na wolném powietrzu, lepiéj zacznie się odżywiać a tém samém nabierać więcéj odporności na wpływy szkodliwe.—Dr. Korczyński zapatrując się mniéj różowo na dalszy rozwój tyfusu z powodu, że ogarnął rozległe i w różnych krajach okolice wnosi: 1) aby policyja z całą surowością ścigała włóczęgów i żebraków, 2) aby zrobiono przegląd domów, placów i ulic przez Komisyje *ad hoc* wyznaczyć się mające i doraźnie usuwano wszelkie wady sanitarne. — Dr. Warschauer widzi trudności nie dające się pokonać w państwie konstytucyjném w sprawie powstrzymania ludzi od wchodzenia przez rogatki do miasta, opierając się w tym względzie na doświadczeniach z lat poprzednich. — Dr. Obaliński nadmienia, czyby w obec wydawania znacznych sum dla ubogich nie dały się urządzić odpowiednie ogrzewalnie. — Dr. Jul. Grabowski sądzi, aby egzekwowanie zarządzeń sanitarnych zależało wprost od Prezydenta miasta. — Dr. Blumenstok zwraca uwagę na przepełnienie pomieszkań stróżów; uważa zmniejszenie ilości więźniów w kryminale za najdzielniejszy środek do powstrzymania tyfusu pomiędzy więźniami, których już teraz wysyła Sąd do aresztów okręgowych, gdy są za mniejsze przewinienia skazani. — Prezydent Dr. Weigel w przemówieniu dłuższém i wykazującém gruntowną i wszechstronną znajomość stosunków miejskich przyrzekł łącznie z Dyrekcyją policyi po dokonaném już spisie ludności zająć się sprawą włóczęgostwa, uregulować tak ważną sprawę ubóstwa w mieście i oświadcza gotowość wydelegowania Komitetów lustracyjnych dla całego miasta i usuwania wszelkich przez nie wytykanych usterek, jest za przypomnieniem sprawy czyszczenia miasta właściwemu referentowi téj sprawy, popiera zdanie, aby kryminał leżał za miastem, wynurzając nadzieję, że sprawa budowy kryminału wejdzie niebawem na pomyślniejsze tory, jak tylko w Radzie Państwa zapadnie uchwała normująca karę więzienną.

☐ Różne dzienniki lekarskie podają pochlebne wzmianki o dalszych wynikach doświadczeń czynionych z krowianką otrzymaną z zakładu krowiankowego p. Haya istniejącego w Wiedniu Alserstrasse Nr. 18. W zakładzie tym w roku zeszłym podjęto z polecenia Ministerstwa spraw wewn. pod nadzorem urzędowym znaczną liczbę prób szczepienia, przy których co do przyjmowania się limfy i w ogóle co do przebiegu sprawy szczepienia jak najlepsze otrzymano wyniki, co urzędownie tak dolno-austryjacka Rada zdrowia jak i dolno-austryjackie Namiestnictwo stwierdziły. Uwzględniając te okoliczności zwracamy uwagę na ten zakład, zwłaszcza, że dostarcza on czystéj limfy zwierzęcéj, przez co unika się możności przenoszenia chorób jednego dziecka na drugie.

Statystyka epidemij. W tygodniu 14 (do 2 kwietnia) ospa w Londynie przybrała znowu większe rozmiary. Leczyło się w szpitalach 986, zapadło świeżo 289, umarło 56. W Wiedniu umarło 19, w Paryżu 27, w Budapeszcie 8, w Pradze 5. Gorączki durzycowe nie zmieniły się w Paryżu i Bazylei. Z duru osutkowego umarło w Wiedniu i Londynie po 1, w Murcyi 2, w Madrycie (od 7—13 lutego) 5. W Krakowie umarło w 15 tygodniu (do 9 kwietnia): 5 z ospy, 2 z odry, 2 z płonicy, 2 z gorączki połogowéj, 1 z zimnicy, a doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku ospianki, 4 odry, 2 płonicy, 1 dławca, 4 duru brzusznego, 25 duru osutkowego, 1 róży.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 14 (do 2 kwietnia) umarło na 1000 mieszkańców i na rok w Krakowie 39,5; we Lwowie 35,6; w Wiedniu 32,0; w Budapeszcie 34,6; w Pradze 38,8; w Tryjeście 34,5; w Berlinie 25,3; Wrocławiu 33,5; w Gdańsku 36,5; w Mnichowie 36,9; w Dreźnie 28,8; w Lipsku 21,3; w Genewie 17,5; w Bazylei 31,0; w Brukseli 24,7; w Amsterdamie 29,0; w Hadze 19,4; w Paryżu 30,9; w Londynie 21,8; w Kopenhadze 24,5; w Stokholmie 31,6; w Chrystyjanii 16,9; w Odesie 30,2; w Wenecyi 24,4; w Bukareszcie 29,4; w Madrycie 32,8; w Walencyi 38,5 w Aleksandryi 36,1; w Bombayu 30,2; w Madrasie 45,5.

J. B.

IX. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 27 kwietnia. Przy zamknięciu Numeru poprzedniego starczyło nam zaledwie tyle miejsca i czasu, aby kilku słowy donieść Czytelnikom o wielkiéj stracie, którą poniósł Uniwersytet nasz i grono lekarskie skutkiem przedwczesnéj i niespodziewanéj śmierci śp. prof. Janikowskiego. Przebieg choroby od razu był dość groźny, a tylko podczas Świąt Wielkanocnych koledzy otaczający chorego mieli nadzieję, że starania ich odniosą skutek tak wielce pożądany. Od środy atoli nastąpiło znaczne pogorszenie, a we czwartek, o godzinie 6téj wieczór, umarł prof. Janikowski po 18 dniowéj chorobie. Wiadomość o jego zgonie, jakkolwiek przewidziana, przeraziła nie tylko kolegów, ale wszystkich tych, co go znali; pokazało się wtedy, jak wielkiéj używał nieboszczyk sympatyi i poważania pomimo swéj skromności. Grona lekarskie i przyjaciele osobiści pospieszyli złożyć wieńce na trumnie; wieńców tych było kilkanaście: od Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, Towarzystwa lek. warszawskiego, Stowarzyszenia do wydawnictwa dzieł lekarskich.— Profesorów Wydziału lekarskiego, Asystentów Wydziału lekarskiego, Lekarzy szpitala św. Łazarza, od Senatu Akademickiego, od Rektora Uniw. Jagiell. itd. itd.

Pogrzeb odbył się w sobotę o godzinie 5téj popołudniu; pomimo pory dżdżystéj i zimnéj tak tłumnego udziału publiczności Kraków dawno już nie widział; począwszy od Prezydenta miasta, Prezesa Akademii nie tylko Senat akademicki z Rektorem na czele, profesorowie wszystkich Wydziałów, uczniowie medycyny, ale śmiało rzec można, że cała inteligencyja tutejsza oddała ostatnią usługę mężowi zacnemu. Nad grobem przemówił nestor nasz, Prezes Akademii Majer, roztaczając obraz żywota, oddanego mrówczéj pracy koło nauki i piśmiennictwa naszego, a słowa jego, pomimo głębokiego wzruszenia z powodu straty długoletniego towarzysza, brzmiały jasno i dobitnie, jak w latach młodzieńczych. Żałujemy mocno, że mimo najlepszéj woli naszéj nie możemy podać całéj osnowy tego przemówienia. Po Prezesie przemówił jeszcze jeden z uczniów nieboszczyka, kand. med. p. Schneder.

Niebawem pióro kompetentne skreśli w tygodniku naszym życiorys męża, wielce zasłużonego dla piśmiennictwa naszego; nateraz ograniczamy się więc do podania kilku dat z jego życia:

Śp. prof. Janikowski urodził się w Warszawie d. 6 maja 1833 r. z ojca Andrzeja, profesora Akademii medyko-chirurgicznéj, znanego zaszczytnie w piśmiennictwie naszém z dzieła o medycynie sądowéj i psychijatryi; o dobroczynności zaś jego świadczy pomiędzy wieloma innemi i fundacyja w Tow. lekarskiém warszawskiém na rzecz wdów i sierót po lekarzach. Śp. Stanisław ukończył nauki lekarskie w Dorpacie, późniéj przebywał za granicą, a po powrocie do kraju był lekarzem w szpitalu Dzieciątka Jezus i lekarzem miejskim w Warszawie, a oraz redaktorem Pamiętnika Tow. lek. warsz. Powołany w r. 1866 na profesora zwyczajnego medycyny sądowéj i policyi lekarskiéj w Wydziale lek. Uniw. Jagiell. pełnił obowiązki te aż do śmierci. Przez lat kilka był redaktorem Przeglądu Lek., późniéj Dwutygodnika med. publ., wreszcie wydawał Kalendarz lekarski krakowski. Był członkiem nadzw. Akademii Umiejętn., członkiem czynnym i b. prezesem Tow. lek. krakowskiego, członkiem koresp. Towarzystw lekarskich we Warszawie, Wilnie, we Lwowie itd. W ostatnich latach życia swego pracował skrzętnie razem z śp. Kremerem i prof. Oettingerem nad Słownikiem lekarskim, którego pojawienia się niestety już miał nie doczekać się. Żonie z domu Prylińskiéj i czworgu dzieci pozostawia imię niczém nieskalane, imię, które w drugiém już pokoleniu zapisało się zaszczytnie w historyi oświaty krajowéj; bodajby pięknych nadziei syn utrzymał tradycyję rodową i wyszedł na męża godnego swych przodków a również pożytecznego dla kraju. Cześć pamięci zacnego męża! Oby mu ziemia była lekką.

Redaktor Przeglądu Lek. otrzymał dziś depeszę następującéj treści z Pragi Czeskiéj:

„Stejně s Vámi truchlime nad svezim hrobem Janikovského a rovně s Vami těžkou strátu pocitujeme. Redakce Časopisu Českých lékarův“

Dowód ten współczucia ze strony pobratymców naszych zapisujemy tém skrzętniéj, o ile on przyjęty będzie do wdzięcznéj wiadomości nie tylko przez osierociałą rodzinę ale przez wszystkich kolegów i czytelników naszego pisma.

* Wykłady o policyi lekarskiéj oraz Ćwiczenia w dochodzeniach sądowolekarskich na zwłokach, zapowiedziane na półrocze bieżące przez śp. prof. Janikowskiego, na mocy uchwały Wydziału lekarskiego, w dniu dzisiejszym zapadłéj, obejmuje zastępczo docent Dr. Kazimierz Grabowski.

* Dr. W. Kułakowski, asystent kliniki chorób dziecięcych, praktykować będzie w sezonie obecnym jako lekarz zdrojowy w Rabce. Spodziewamy się, że zdrojowisko to, uczęszczane przeważnie w schorzałościach wieku dziecięcego, podniesie się znacznie, gdy lekarzem zdrojowym będzie doświadczony młody pedyjatryk.

* Stósunki higijeniczno-miejscowe. W mieście naszém na każdym prawie kroku przekonać się można, jak wiele niedostaje nam pod względem higijenicznym. Nie mamy wody, nie mamy dobrych kanałów, z nadchodzącą zwłaszcza wiosną smród kloaczny rozlega się po sieniach i schodach naszych, a nawet już dostaje się do pomieszkań; co większa, ulice, które dawniéj odznaczały się czystością, obecnie także dużo pozostawiają do życzenia. Wina ciąży nietylko na władzy, ale i na jednostkach. Ot np. jaki przedstawia się widok i jak czuć się daje zapach dla obywatela, chcącego w porze wiosennéj użyć przechadzki rannéj? Koło pięknego kościoła dominikańskiego, pomiędzy murem kościelnym a łańcuchem opasującym świątynię, pełno grud kałowych świeżéj i dawnéj daty, na ul. Kopernika pod mostem żelaznym kolejnym, o kilkadziesiąt kroków przed kościołem jezuickim i szpitalem św. Łazarza, rynsztoki wyziewają smrody, w obec których człowiek oswojony z przykrą zapewne wonią zgnilizny wyższych stopni jeszcze doznaje wrażenia bardzo przykrego. A doszedłszy do szpitala samego spotykamy się przed bramą z jednokonką zamkniętą, wiozącą chorego na ospę; jednokonka ta (Nr. 61) zapewne z powrotem, a w każdym razie niedługo potém, zabierze człowieka zdrowego, a jeżeli ten w kilka dni potém zapadnie na ospę, nikt zaiste nie domyśli się źródła infekcyi! Dobréj woli i wykształcenia potrzeba ze strony jednostek, ścisłego dozoru ze strony władz, a stosunki zdrowotne nasze nie będą tak opłakanemi, jak niemi są w istocie.

* Otrzymaliśmy 1szy numer „Przewodnika gimnastycznego“ organu Towarzystwa gimn. „Sokól“ we Lwowie, wychodzić mającego raz na miesiąc pod redakcyją Dra T. Żulińskiego. Obfita treść numeru, nader przystępna cena (1 złr. 30 cent. rocznie) a przedewszystkiém okoliczność, że pismo to pozostaje pod redakcyją lekarza znanego na polu piśmienniczém a higijeną zajmującego się, powinny być zachętą do prenumerowania jak najliczniejszego. Małym bardzo wydatkiem możemy przyczynić się do utrzymania czasopisma specyjalnego, a tak bardzo w kraju naszém potrzebnego.

Berlin. Redakcyję *Berl. klin. Woch.* po Waldenburgu objął prof. Dr. C. A. Ewald.

* **Serbija.** W d. 30 marca rb. Skupczyna serbska uchwaliła ustawę sanitarną dla Księstwa oraz ustawę o chorobach stadnych. Tym sposobem mała Serbija pod względem ustaw zdrowotnych wstąpiła w poczet państw cywilizowanych. Co większa Izba uchwaliła osobny budżet sanitarny w wysokości 1 milijona franków, tak że sprawy zdrowotne samodzielnie mają być zarządzane. Największą zasługę koło ustaw tych położył szef Sekcyi Dr. Władan Giorgievié, referent sanitarny Księstwa, uczeń szkoły wiedeńskiéj. Równocześnie ogłoszony został konkurs na 22 weterynarzy obwodowych z pensyją od 1500—2000 franków rocznie. Ubiegać się o posadę tę mogą i cudzoziemcy do d. 10 maja rb. i wykazać się ze znajomości języka serbskiego lub innego słowiańskiego (*W. m. W.*)

* **Mianowania i odznaczenia.** Prof. Schwalbe w Jenie mianowany został prof. w Królewcu, a docent prywatny Dr. Schottelius profesorem nadzw. w Marburgu.

* **Nekrologija.** W d. 29 marca rb. zmarł, również jako ofiara zawodu swego Dr. Karol Sosnowski w 36 roku życia. lekarz szpitalu w Zamościu. Urodzony w Lublinie, ukończył nauki lekarskie w Warszawie, praktykował w Zamościu, a w r. 1877 odbył kampanią turecką i był przy oblężeniu Plewny. W początku rb. delegowany do m. Janowa zmarł tamże z duru plamistego. (*Gaz. Lek.*). — Prof. Waldenburg, o którego nagłéj śmierci wspomnieliśmy w Nrze przeszłym, urodził się d. 31 lipca 1837 r. w W. X. Poznańskiém; nauki gimnazyjalne i lekarskie ukończył w Berlinie. W r. 1861 rozpoczął tamże praktykę jako specyjalista dla chorób piersiowych, w r. 1865 habilitował się jako docent prywatny, w r. 1871 mianowany profesorem nadzw. a w r. 1877 lekarzem ordynującym w Charité. Od r. 1868 nieprzerwanie był redaktorem *Berl. klin. Woch.* Pozostawia żonę i 6cioro dzieci. Prace i zasługi jego naukowe aż nadto są znane. — W Paryżu umarł Dr. Guillon licząc lat 88. W młodym wieku odbył jako lekarz wojskowy w pułku lansierów litewskich kampaniję francuską w latach 1812—1814 i szczególne położył zasługi w epidemii tyfusowéj, która panowała w Hamburgu, bronionego przez marszałka Davousta. Późniéj był chirurgiem w gwardyi królewskiéj, odznaczył się znów w cholerze 1832 r., i powołany został jako konsultant chirurgiczny do boku króla Ludwika Filipa. G. oddawał się głównie chorobom dróg moczowych i uprościł litotrypsyję.

Piśmiennictwo lekarskie: Przewodnik do Szczawnicy Dra Tadeusza Dworskiego lekarza zdrojowego tamże (Przemyśl 1881 r.).

Przewodniki po kąpielach, jakie nam z różnych zdrojowisk do rąk wpadają, ukazują się albo w nader skromnéj postaci, mieszcząc zaledwo najogólniejsze daty, często w cyfry tylko ujęte, albo téż w poważniejszéj występują szacie stanowiąc monografije pojedynczych zdrojowisk.

Między ostatniemi zrzadka tylko napotykamy takie, które mają potrzeby publiczności, a względnie chorych kąpielowych na celu. Wiele nadzwyczaj z tych monografij mieści dużo wiadomości naukowych; autorowie podają i objaśniają wskazania, określają leczenie i dają liczne wskazówki dyjetetyczne Aczkolwiek prace takie mogą mieć wartość naukową i stanowić podręcznik dla lekarza wysyłającego chorych do pewnego zdrojowiska, to nienadają się naszém zdaniem do użytku publiczności do kąpiel się udającéj. Chory w kąpielach, zdala od zajęć i kłopotów domowych, winien się oddać leczeniu i słuchać przepisów lekarza bez roztrząsania i zastanawiania się nad leczeniem i radami jego.— Często dzieje się przeciwnie, i tak: chorzy mając przewodniki kąpielowe przed sobą zastanawiają się nad leczeniem, kierują się zdaniami i radami niestósownie wybranemi, kontrolują i męczą częstokrotnie nawet autora pracy, z któréj swe wątpliwości zaczerpnęli.

Przewodnik Dra Dworskiego do Szczawnicy, który się przed niewielą dniami w handlu księgarskim pojawił, okazuje szczęśliwie wybrany pośredni kierunek, łącząc zalety prac podobnych o innych zdrojowiskach, a omijając ich wady starannie. — Autor widocznie miał stronę praktyczną Przewodnika na celu uwzględniając głównie potrzeby publiczności. Nie myślę wcale zaprzeczyć wartości naukowéj tego Przewodnika, — nadał mu autor i tę cechę, — ale wszystko co do naukowej części należy, podane jest bez bliższych wyjaśnień szczegółowych tak, aby tam lekarz mógł znaleść wszystko, czego mu może być potrzeba, nieświadomy zaś zawodu jako rzecz niezrozumiałą pominąć musiał, niewysnuwając niestosownych wniosków. Do zalet tej pracy zaliczyć musimy to, że autor zebrawszy i zestawiwszy mnóstwo szczegółów, uwag itd., które są tyle potrzebne podróżującemu do kąpiel, potrafił je ująć w tak krótką stosunkowo do treści formę. Dalej wielce przydatnemi i podnoszącemi wartość pracy są dwa plany sytuacyjne: jeden sieci dróg do Szczawnicy prowadzących, a drugi samego zdrojowiska. Styl wszędzie zwięzły i łatwo zrozumiały czyni pracę przystępną dla wszelakiéj inteligencyi gości kąpielowych. Nadając swéj pracy kierunek praktyczny niezapomniał autor i o okrasie, która między innemi wyraźnie występuje w historycznym ustępie. I forma wreszcie książeczki w 16ce jest bardzo składną i poręczną. Jako zarzut mógłbym podnieść brak opisu drogi od Węgier do Szczawnicy — na co może autor dość słusznie mi odpowiedzieć, że pisząc Przewodnik miał na myśli polską publiczność, któréj się od Węgier nie spodziewa. — Bądź co bądź Przewodnik ten jest doskonałém źródłem różnych potrzebnych wiadomości dla każdego kąpielowego gościa i dobrym podręcznikiem dla lekarza wysyłającego chorych do Szczawnicy. *Dr. Mars.*

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Pamiętniku Tow. lek. warsz.* 1881, zeszycie II: Erlickiego: *Melanosis medullae spinalis* jako powikłanie paraliżu postępowego; Dunina: Poszukiwania patologiczne nad zapaleniem nerek (dok.); Biesiadeckiego: Sprawozdanie o dżumie, która panowała w gub. astrachańskiéj w r. 1878/9 (dok.)—

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 17: Korniłowicza: Przyczynek do wpływu leczniczego ostrych cierpień gorączkowych na choroby umysłowe; Heringa: O przewlekłém zapaleniu gardzieli ze szczególném uwzględnieniem t. zw. *Pharyngitidis lateralis* (dok.)— W *Medycynie* Nr. 17: Skórczewskiego: Bóle głowy, ich przyczyny, rozwój i leczenie.

Redakcyja otrzymała:

Dr. Wł. LESSER (docent w Lipsku): Bąblowiec *(ecchinococcus)* lewéj opłucnéj, z nast pczém przedziurawieniem klatki piersiowéj. (Odbitka z „Gazety Lekarskiéj“ 1881). in 8vo str. 3.

Dr. E. H. KISCH (w Maryjenbadzie): Marienbad in der Cursoison 1880, Prag 1881, in 8vo str. 8

Moritz HAY (Wiedeń): Die Technik der Vaccination mit animaler Lymphe. Wien 1881, in 8vo str. 14.

Dr. PERKOWSKI. Wykłady kliniczne Dra Guyona o rozpoznaniu i leczeniu zwężeń cewki moczowéj, z francuskiego. (Osobne odbicie z „Medycyny“) in 8vo str. 14.

Towarzystwo lek. krak. odbędzie we Środę dnia 4go maja posiedzenie zwyczajne **w sali kliniki okulistycznéj,** na którém po załatwieniu kilku spraw administracyjnych kol. Dr. Lutostański mówić będzie O znaczeniu badań wody gruntowéj dla m. Krakowa.

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak. odbędzie we czwartek d. 5go maja po południu w sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwyczajne, na którém Dr. Ściborowski zda sprawę o ruchu w zdrojowiskach krajowych w ciągu zeszłego lata, a Dr. Lutostański przedstawi rzecz: O studniach, ich zanieczyszczeniu i budowie, z uwzględnieniem Krakowa i najbliższéj okolicy.

Zapraszam uprzejmie Szanownych Członków Stowarzyszenia do wydawnictwa dzieł lekarskich polskich na Zgromadzenie ogólne, które odbędzie się we wtorek dnia 3 maja o godz. 6 po południu w sali wykładowéj kliniki lekarskiéj. Na porządku dziennym wybór wiceprezesa.

Kraków, dnia 26 kwietnia 1881. *Korczyński.*

Do Nru dzisiejszego dołącza się broszurka: Pustomyty zakład kąpielowy (siarczany).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Ulica Podwale Nr. 84.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Boulv. Voltaire 180, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	4 „	6 „

Kraków, 7 maja 1881. **№ 19.** Rok XX.

I. Z kliniki chirurgicznéj Prof. Bryka.

Przyczynek do kazuistyki chorób chirurgicznych przewodu pokarmowego.

Opracował Dr. Schramm.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 18).

Żołądek był zupełnie próżny, nie było w nim treści, z której też nic nie weszło do jamy brzusznéj, również ani kropla krwi nie dostała się do jamy otrzewnowéj, gdyż po przecięciu części miękkich aż do otrzewnéj zatamowano jak najstaranniéj wszelki krwotok, nim przez nacięcie téj ostatniéj błony otwartą została jama brzuszna. Cała operacyja odbyła się pod ciepłym dymem 1% rozczynu tymolu.

Po ukończeniu operacyi wlano do żołądka przez mały lejek szklany filiżankę rosołu i kieliszek dobrego wina. Chory po ocuceniu się z chloroformu bardzo osłabiony, odnogi jego chłodne, tętno nitkowate 130 na min. Utworzoną przetokę żołądkową pokryto kawałkiem protektywu i watą salicylową, którą przytrzymano za pomocą opaski, pokrywającéj cały brzuch i piersi aż do pach, jednak tak urządzoną, że w razie potrzeby mogła być odjęta bez niepokojenia chorego. Wreszcie odniesiono chorego na salę, dano mu ciepłe kamionki w nogi i polecono wlewanie do żołądka co 2 godziny po filiżance rosołu z dwiema łyżeczkami wyciągu mięsnego. Zapad trwał do godziny 6 wieczorem, poczém chory stał się rzeźwiejszy, tętno się poprawiło, rana na brzuchu bolesna, z żołądka nie wydobywa się żadna wydzielina. Ciepłota 37°C. Noc bezsenna, chory bardzo niespokojny, nad ranem znaczny zapad. Przy rannéj wizycie 11/11 chory bardzo osłabiony, głos słaby, tętno bardzo częste, ledwo wymacalne. Chory skarży się na bezdech i ból w lewéj dolnéj części klatki piersiowéj. Przedmiotowo jednak nie można wykazać w tém miejscu nic nieprawidłowego. Brzegi przetoki żołądkowéj sine, w ich otoczeniu wydziela się z błony śluzowéj ciecz żółtawa, kwaśno oddziaływająca, niecuchnąca. Zresztą z jamy żołądka nie wydobywa się treść żadna. Częste odbijanie męczy chorego. Brzuch zawsze mocno zapadły, przy ucisku wszędzie, najwięcéj w otoczeniu rany, dotkliwy. Mocz w ilości skąpéj mocno wysycony zawiera znaczną ilość kwasu moczowego. W dniu 12/11 po południu umarł chory wśród objawów zapadu najwyższego stopnia.

Z opisu nekroskopii, wykonanéj w 16 godzin po śmierci, wyjmuję ważniejsze szczegóły. W obu płucach objawy obrzęku miernego stopnia. Mięsień sercowy kruchy tłuszczowo zwyrodniały, w jamach serca bardzo małe ilości wiotkich skrzepów. Sama otrzewna nie zawiera żadnéj płynnéj wypociny. Otrzewna cała gładka i lśniąca. Jelita mocno skurczone zawierają bardzo małą ilość cieczy żółcią zabarwionéj. W kiszce stolcowéj żyły krwawnicowe rozszerzone, obok nich na błonie śluzowéj kilka powierzchownych owrzodzeń. W połyku na 3cm. powyżéj rozdziału tchawicy, w wysokości 3go kręgu piersiowego, znajduje się zwężenie 3cm. długie, ściany połyku w tém miejscu mocno zgrubiałe, błona śluzowa naciekła białawą jednostajną masą, powierzchnia nacieku gładka, nigdzie nieowrzodziała. Przez miejsce zwężone przeprowadzić można z trudem cienką sondę drucianą, powyżéj połyk znacznie rozszerzony. Żołądek mały, skurczony, zawiera nieco cieczy brunatnawéj, lepkiéj, błona śluzowa mocno pofałdowana i zgrubiała. Przednia ściana żołądka 5cm. od wpustu, a 12 od odźwiernika, tuż ponad krzywizną większą, wciągnięta jest lejkowato w ranę ściany brzusznéj. Na szczycie tego lejka znajduje się w ścianie żołądka rana cięta, któréj brzegi spojone szwem węzełkowym do brzegów rany skórnéj przylepione są do niéj wypociną włóknikową świeżą, łatwo oddzielić się dającą. Na około rany w otrzewnéj błona ta pokryta jest skąpą ilością wypociny włóknikowéj, nieco ćma, nadto zawiera ona dość liczne ogniska wybroczynowe.

A zatém jako najważniejsze dla nas punkta podnoszę jeszcze raz, że zespojenie brzegów ran było zupełnie dokładne, tak że rana w ścianie brzusznéj komunikowała jedynie z jamą żołądkową, a powtóre, że oddziaływanie zapalne było bardzo nieznaczne i ograniczone do bezpośredniego sąsiedztwa rany, a ztąd wniosek, że zabieg operacyjny nie miał związku przyczynowego z śmiercią chorego. Gdyby się chory był zgodził

na operacyję zaraz w pierwszym dniu przybycia do kliniki, to operacyja byłaby prawdopodobnie uwieńczona pomyślniejszym skutkiem. Uparty jednak chory odmawiał swego zezwolenia aż do ostatniéj chwili, gdy wyniszczenie jego ustroju doszło do najwyższego stopnia tak, że już wlewanie płynów do żołądka przez przetokę nie mogło uratować go od śmierci.

Operacyja w powyższym przypadku odbyła się, jak to widać z opisu, podług Fengera jednak z pewnemi zmianami. Do zmniejszenia rany brzusznéj w celu obrąbienia jéj brzegów błoną śluzową żołądka nie użyto szwu obwodowego, lecz zastąpiono go dwoma szwami metalowemi a to z następującego powodu: Brzuch naszego chorego był bardzo mocno zapadły, tak, że powłoki jego od miejsca rany spadały ku dolowi bardzo stromo; przy takiém więc ułożeniu części miękkich długa i mocna igła, jakiéj radzi użyć Fenger do szwu obwodowego, byłaby sprowadziła znaczne naprężenie w ścianie brzucha, a zatém i w połączonym z nią żołądku, gdy tymczasem przy użyciu szwu metalowego naprężenie to miejsca mieć nie mogło.

Powtóre żołądek został wyciągnięty na zewnątrz po uchwyceniu go kleszczami, w chwili, gdy już miał się wyśliznąć z trzymających go palców. Fenger obawia się, że postępowanie takie mogłoby narazić ściany żołądka na zbyt mocne ugniecenie. Obawa ta okazała się płonną, gdyż przy sekcyi nie znaleziono na żołądku ani śladu ugniecenia, a zresztą pewném jest, że ostrożne uchwycenie żołądka malemi kleszczami, i powolne wyciąganie go na zewnątrz daleko mniéj może zadrażnić ten narząd, niż gdyby operujący był zmuszony po wyślizgnięciu się ujętego fałdu z pomiędzy palców, odszukiwać żołądka na nowo wśród jamy brzusznéj i na nowo pociągać go na zewnątrz.

W końcu podnoszę i ten szczegół, że w przypadku naszym nie można było czekać z otwarciem żołądka, po wydobyciu kawałka jego ściany na zewnątrz, aż do wytworzenia się zrostów między nim a otrzewną ścienną, gdyż chory nasz tak był już wyniszczony, że jak najspieszniejsze wzmocnienie go pokarmami było konieczne.

Zwężenie rakowate połyku, gastrotomija, śmierć w 7 i pół doby po operacyi

Jan Soja, lat 70 liczący, wieśniak, zgłosił się do kliniki chirurgicznéj w dniu 8/4 1881 r. podając następujące szczegóły co do swéj obecnéj choroby. Przed 4 miesiącami zauważył trudności w połykaniu, rozwijające się bez żadnéj znanéj mu przyczyny. Przed wystąpieniem pierwszych objawów zawady w połyku był S. zawsze zdrowy, nie cierpiał nigdy na wymioty, nie połykał nigdy żadnych zbyt gorących lub żrących płynów, jak również nie używał napojów wyskokowych w zbytniéj ilości. Gdy wzmagające się coraz bardziéj trudności w połykaniu doszły do tego stopnia, że S. połykać mógł tylko potrawy płynne, spostrzegł na szyi w okolicy nadobojczykowéj prawéj obrzęk twardy i guzowaty, który wzrastał bardzo powoli. Z końcem marca br. udał się on do kliniki wewnętrznéj i tam stwierdzono znaczne zwężenie połyku, jednak zgłębnik Nr. 3 dał się jeszcze przeprowadzić do żołądka bez znacznych trudności. Po przybyciu z kliniki do domu S. był w stanie połykać jeszcze przez dni kilka potrawy na pół płynne, jednak dnia 2/4 b. r. trudności w połykaniu nagle się wzmogły tak, że S. nie mógł przełknąć nawet najmniejszéj ilości płynu, gdyż ten po kilku chwilach wracał na zewnątrz wraz z znaczną ilością gęstego śluzu. W stanie tym nie jedząc i nie pijąc nic wcale przepędził S. w domu 5 dni; dopiero gdy głód zaczął mu bardzo dokuczać a osłabienie postępowało szybko naprzód, przybył w dniu 8/4 do kliniki chirurgicznéj, gdzie znaleziono stan następujący: Wychudnienie bardzo znaczne, skóra barwy ziemistéj, sucha, cienka, pozbawiona całkiem elastyczności, oczy i policzki głęboko zapadłe, wargi spieczone, język lekko obłożony, suchy. Szyja długa, krtań nie przedstawia prócz skostnienia swych chrząstek żadnych zboczeń, głos słaby lecz czysty. W dołku nadobojczykowym prawym znajduje się obrzęk wielkości kurzego jaja, twardy, guzowaty, całkiem nieporuszalny, ze skórą niezrośnięty, przy nieco mocniejszym ucisku bolesny. Po stronie lewéj szyi nie można wymacać nic nieprawidłowego. Klatka piersiowa dobrze zbudowana, narząd oddechania nie przedstawia prócz rozedmy znacznego stopnia żadnych zboczeń; tony sercowe słabe lecz czyste; tętno słabe, na obu tętnicach sprychowych jednocześne i jednakowo silne wynosi 60 na m., ciepłota 36·2°C. Brzuch mocno zapadły, tak, że wymacać można wygodnie przednią ścianę kręgosłupa i tętnienie aorty brzusznéj. Wypuk wykazuje żołądek głęboko pod łuk żebrowy lewy podciągnięty. Odpowiednio położeniu kiszek grubych odgłos wypukowy jest stłumiono bębenkowy. Stolca nie było już od dni 7. Zgłębnik żołądkowy, wprowadzony do połyku, zatrzymuje się w głębokości 25cm licząc od zębów siecznych i mimo licznych prób i używania narzędzi różnéj grubości nie można było posunąć się daléj w głąb połyku. Przełknięta ilość mleka została już w kilka sekund zwrócona wraz z znaczną ilością śluzu gęstego, pienistego.

Na podstawie zatém powyższego badania rozpoznanie nie było trudne. Podeszły bowiem wiek chorego, wystąpienie trudności w połykaniu bez znanéj przyczyny, powolne ich rowijanie się aż do zupełnego zamknięcia światła połyku, wreszcie obecność obrzęku guzowatego na szyi, wszystko to przemawiało za niedrożném zwężeniem połyku z powodu nowotworu usadowionego w jego ścianach lub uciskającego nań od zewnątrz. W obec takich okoliczności wskazania lecznicze były jasne i proste. Chory już przez 5 dni nic nie jadł, siły jego podupadły bardzo znacznie, a w celu przedłużenia mu życia konieczną było rzeczą sprowadzić pożywienie do jego ustroju. Ponieważ uskutecznienie tego drogą naturalną było niemożebne, gdyż o oddaleniu nowotworu drogą operacyjną nie mogło być nawet mowy, przeto pozostawało albo żywić chorego przez lewatywy lub wprowadzić pokarmy do żołądka drogą sztuczną przez utworzenie przetoki żołądkowéj. Doświadczenie poucza, że żywienie przez kiszkę stolcową jest bardzo niedostateczne, a w obec znacznego upadku sił naszego chorego można było na pewne powiedzieć, że ten sposób karmienia go nie byłby dla niego żadną korzyścią. Przedstawiono więc choremu konieczność otwarcia żołądka, na co też S. zgodził się bez wahania, a prof. Bryk przystąpił bezzwłocznie do wykonania téj operacyi.

Sposób operowania był zupełnie ten sam, jak w przypadku poprzednim, nie będę go więc powtórnie opisywał a podniosę tylko kilka szczegółów co do wydobycia żołądka na zewnątrz. Po otwarciu jamy brzusznéj okazały się w ranie skurczone pętle jelit cienkich, po zepchnięciu więc ich ku dolowi skierował operujący 2 palce wprowadzone do jamy brzusznéj ku górze i na lewo i tuż przy brzegu wątroby natrafił na szeroką część przewodu pokarmowego o ścianach grubych, którą ująwszy w 2 palce wyciągnął na zewnątrz. Przy oglądaniu jéj jednak okazało się, że była to część jelita grubego z kawałkiem sieci. Po odprowadzeniu jéj więc

wprowadził operujący palce powtórnie do jamy brzusznéj więcéj na lewo i ku górze, wymacał brzeg śledziony a obok niego nieco na prawo natrafił na część przewodu pokarmowego. Po wyciągnięciu jéj na zewnątrz okazało się, że było to znowu jelito grube. Teraz więc wprowadził palce ponownie do jamy brzusznéj i dopiero bardzo głęboko tuż pod samą przeponą wymacał grube ściany żołądka, który też został wyciągnięty na zewnątrz. Teraz mieliśmy przed sobą bez wątpienia żołądek, jak to można było sądzić po gładkości jego powierzchni, braku nastrzykania, barwie odmiennéj od barwy pętli jelitowych, a nadewszystko po jędrności i mięsistości ścian jego. Przymocowanie ujętego fałdu żołądka do ścian brzusznych i utworzenie przetoki żołądkowéj odbyło się zupełnie w ten sam sposób, jak to opisałem obszernie w przypadku poprzednim. Żołądek był zupełnie próżny, po otwarciu go nie wylała się z niego ani kropla płynu. Dodać jednak muszę, że krwawienie z ścian brzusznych było dość obfite, podwiązano katgutem kilka naczyń, przy wyszukiwaniu jednak żołądka dostało się prawdopodobnie nieco krwi do jamy brzusznéj.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Czy kiła jest zakażeniem krwi?

Napisał **Dr. Ż. Krówczyński.**

Rozbiory krwi syfilitycznych, dokonane po raz pierwszy przez Ricorda i Grassiego, potwierdziły wiekami uświęcone mniemanie, że kiła jest zakażeniem krwi. Mimo braku rozbioru i, że tak powiem, chemicznego dowodu, od najdawniejszych czasów utrzymywało się ciągle przypuszczenie o zakażeniu krwi w kile, które powstało na téj podstawie, że w téj chorobie równocześnie cierpi wiele narządów i objawy jednocześnie występują na skórze i błonach śluzowych, a mianowicie w jednéj chwili na rozmaitych miejscach i zazwyczaj na większych obszarach. W r. 1876 poparł to przypuszczenie Wilbuszewicz stwierdziwszy powtórnie zmianę we krwi u dotkniętych kiłą i dzisiaj nie zadajemy sobie bynajmniéj trudu, czy rozbiory i wnioski, na analogii oparte a wysnute z objawów choroby, rzeczywiście dowodzą, że w kile krew jest zakażoną. Może więc nie będzie od rzeczy zwrócić uwagę, że rozumowanie co do zakażenia krwi w kile, nie musi być bezwzględnie prawdziwe. A przedewszystkiém należy stwierdzić, że dowód o zakażeniu, opierający się na analogii, nie wytrzymuje krytyki. Wprawdzie niewątpliwą jest rzeczą, że objawy towarzyszące zakażeniu krwi, jednocześnie w wielu organach występują, co dowodzi, że cały organizm cierpi, ale znamy również choroby równocześnie wiele organów, skórę i błonę śluzową zajmujące, o których jesteśmy przekonani, że na zakażeniu krwi nie polegają. Nie będę się starał dowodzić prawdziwości tego twierdzenia, przypominając n. p. z chorób skóry świerzbiączkę *(prurigo)*, łuszczycę *(psoriasis)*, cierpienia, które w myśl Hebry uważamy jako choroby czysto skórne, bo mógłby ktoś zarzucić, że Hebra, zagorzały przeciwnik dyskrazyj, mylił się w tym względzie. Co do łuszczycy przynajmniéj mógłby przeciwnik tego twierdzenia odwołać się do spostrzeżenia Wertheima, że krew dotkniętych łuszczycą jest bardziéj lepką, i że w tém właśnie należy upatrywać skazę krwi. Ale przypomnę cierpienia, których objawy równocześnie zajmują skórę i błonę śluzową nieraz na wielkich obszarach i pod względem przypadków są bardzo podobne do ogólnych objawów kiły, a które mimo to nie polegają na zakażeniu krwi. Najwymowniejszym dowodem istnienia podobnych przypadków, jakie towarzyszą ogólnemu zakażeniu, jest cała grupa chorób skórnych, które Auspitz pomieścił w swoim systemie w dziale nerwic naczyniowych. Jeżeli dla wielu innych chorób skórnych jest możliwém przypuszczenie skazy krwi, to niemożebném jest ono przedewszystkiém dla wysypek, jakie zwykły występować po najrozmaitszych środkach leczniczych. Do niedawna niewiele zwracano uwagi na te wyniki; w ostatnich zaś czasach wzrosła liczba dokładnie obserwowanych wysypek, po najrozmaitszych środkach lekarskich występujących, a w rzędzie tych środków widzimy przeróżne składniki, jako to: chinin, strychnin, morfin, pilokarpin, atropin, rtęć, arszenik, kwas karbolowy, jodek potasu i bromu, wreszcie balsamiczne środki, jak terpentynę, bals. kopaiwowy, tran, kubeby i t. d. Nie podobna przypuścić, aby środki te zakażały krew i w następstwie skazy dopiero występowały zmiany na skórze i błonach śluzowych; natomiast nietylko bardzo prawdopodobném, ale niemal pewném jest, że objawy skórne występują pod wpływem zadrażnienia nerwów naczynioruchowych, a względnie rdzenia pacierzowego.

Posuńmy jednak nasze powątpiewanie do ostateczności i przypuśćmy, że leki, po których wysypki się objawiają, wywołują skazę krwi, to chyba dla wysypek, jakie często w następstwie np. termicznych czynników, regularności, chorób macicy, i t. d. występują, nie podobna przypuścić skazy krwi. A przykładów takich możnaby wiele naliczyć; wspomnę o własném spostrzeżeniu, wielokrotnie u młodéj kobiety dokonaném, u któréj zawsze wraz z regularnością występowała pokrzywka, któréj ustąpienie znowu zapowiadało ukończenie miesiączkowania, jakoteż o drugim przypadku, w którym mroźne powietrze wywoływało zawsze erupcyję pokrzywki, w kilka minut ustępującą po spoczynku w pokoju. W tych przypadkach przypuszczenie skazy krwi możnaby nazwać śmiało niedorzeczném. Że istnieją angioneurozy, o tém dzisiaj nikt nie wątpi, a poszukiwania Jarischa, który, jak wiadomo, w rozmaitych chorobach skórnych stwierdził zmiany w rdzeniu pacierzowym, zdaje się, dostarczą obfitego plonu do zmiany istniejących zapatrywań na rozmaite choroby skórne. Nawiasem wspomnimy, że pośmiertne badania rdzenia w kile, dokonane przez Jarischa, wykryły zmiany w rdzeniu pacierzowym, od których najprawdopodobniéj erupcyje skórne kiłowe zależą. Przedwczesném jednak byłoby, z małéj ilości spostrzeżeń zbyt doniosłe wysnuwać wnioski, tém mniéj, że nie jest to potrzebném, dla udowodnienia omawianéj kwestyi; nam rozchodzi się tylko o wykazanie, że z objawów kiły, rozrzuconych po rozmaitych narządach i na wielkich obszarach, wysnuty wniosek, iż właśnie te objawy wskazują na zakażenie krwi, nie stoi na niewzruszonéj podstawie, ale przeciwnie, że przypady kiły, ich ogólne rozprzestrzenienie, można wytłumaczyć innemi zmianami, a niekoniecznie skazą krwi. Dodatniego dowodu zakażenia krwi w kile miały dostarczać rozbiory krwi; tymczasem, jak wiemy, rozbiór Grassiego upoważnia do twierdzenia, że w kile więcéj białka znajdujemy, a z rozbiorów Wilbuszewicza wynika, że więcéj ciałek białych w krwi u dotkniętych kiłą się znajduje. A różnica, jaka istnieje pod tym względem u zdrowych i syfilitycznych, jest tak nieznaczna, że nie podobna w niéj upatrywać dowodu istniejącego zakażenia krwi, bo, jak wiadomo, przypada jedno ciałko białe na 600—750 czerwonych u zdrowego, a na 550 u syfilitycznego. Może jednak

nie będzie od rzeczy wspomnieć, co przez zakażenie krwi właściwie rozumieć należy.

Jeżeli morfin, atropin, rtęć lub terpentyna, wessane i krążące wraz z krwią w następstwie wywołają wysypkę, to w objawach skórnych upatrujemy zmianę, wywołaną podrażnieniem nerwów naczynioruchowych, a we krwi nie upatrujemy skazy; krew bowiem w tych przypadkach zawiera tylko wspomniane składniki, które wraz z nią krążą. Tutaj wypada mi nacisk położyć na okoliczność, że mówimy o zakażeniu krwi a nie o dyskrazyjach w ścisłém i ogólném pojęciu. Słowo dyskrazyja znaczy złą mieszaninę szczególnie soków, a u starszych pisarzy znajdujemy slowo to używane dla oznaczenia złego składu powietrza; przez dyskrazyję więc nie rozumiemy wyłącznie zmienionego składu krwi ale soków w ogólności, a krew o tyle odgrywa najważniejszą rolę, o ile poszukiwania w niéj i stwierdzenie zmienionego składu jest najlatwiejsze a przytém jéj czynność najważniejsza. Virchow przyznaje, że dyskrazyjami nazywamy te cierpienia, które wywolane są zboczeniami w narządzie limfoidalnym i z którego pierwiastki do krwi się dostając zmieniają prawidłowy skład krwi, a zarazem wszystkich soków; równocześnie jednak przyznając, że zmieniony skład krwi jest następową sprawą, nagina pojęcie dyskrazyi do znaczenia, jakie przypisujemy zakażeniu krwi. A naginanie to zdaje mi się jest nieusprawiedliwione i wprowadza zamęt w pojęciach, zamiast wyjaśniać sprawę chorobową. Mając na myśli zakażenie krwi słusznie w niém szukamy przyczyny złego, tymczasem jéj tutaj nie znajdujemy ale odkrywamy w innych narządach i mimo tego odkrycia zamiast przywiązywać właśnie do stwierdzonych zmian całą wagę — do faktycznego źródla — upatrujemy błędnie zmiany we krwi jako najważniejsze, jak gdyby one byly pierwotnemi. Ściśle rozumując przez skazę krwi natomiast rozumieć należy odbywanie się procesów chemiczno-patologicznych w samej krwi. Że krew zawiera przyrzut syfilityczny, o tém nikt nie wątpi na chwilę — ale wątpić należy, czy chemiczno-patologiczne procesy odbywają się we krwi syfilitycznych, których to procesów, zdaniem Hoppe-Seylera, dotąd we krwi nie stwierdzono. Krew zachowuje się w kile tak samo, jak wszystkie wydzieliny fizyjologiczne, t. j. ma własność zachowywania przyrzutu, sama zaś nie jest syfilitycznie przeobrażoną, za czém właśnie przemawiają liczne ujemne szczepienia krwią kiłowych, bo w przeciwnym razie każde szczepienie dobrze dokonane powinno być dodatnie, t. j. powinno kiłę wywołać, jak to się dzieje po zaszczepieniu faktycznéj wydzieliny, kiłowéj, np. wydzieliny pierwotnego objawu syfilis lub szyszkowiny plaskiéj. Bynajmniéj nie twierdzę, abym dostarczył niezbitych dowodów, że kila nie jest zakażeniem krwi i zdaje się, że jeszcze dlugo wypadnie czekać, zanim takiego dowodu przyszle doświadczenia dostarczą, — wydawalo mi się jednak powinnością zwrócić uwagę na tę okoliczność, że powątpiewanie co do istnienia skazy krwi w powyższém znaczeniu jest usprawiedliwione. Łatwém jest wszelkie burzenie, ale niełatwém wznoszenie budowli trwalszych na miejsce zburzonych. Czémże więc w takim razie jest kiła, jeśli nie jest skazą krwi? Jest ona niewątpliwie zakażeniem organizmu, zakażeniem wszystkich soków. Może ktoś zarzucić, że jest to tylko gra słów, a mianowicie na miejsce krwi położyliśmy słowo organizm, a nie objawiwszy przez to bliżéj jakości zmiany, równie mglistém określiliśmy slowem, a przez to wyobrażenie o zakażeniu nic nie zyskało. Zarzut ten, pozornie najzupełniéj słuszny, winniśmy usunąć, podając, co przez zakażenie organizmu rozumieć należy. Od najdawniejszych czasów zwrócono uwagę na to, że w kile cierpi przedewszystkiém układ limfatyczny. Nietylko obrzękają najbliżéj ułożone naczynia limfatyczne, względnie gruczoły — lecz również oddalone gruczoły — jak np przy siedzibie pierwotnego objawu na prąciu gruczoły karkowe, barkowe, podpachowe, itd. Dzieje się to zazwyczaj przed wystąpieniem ogólnych objawów kiły. Prócz tego znajdujemy takie same zmiany jak w gruczołach w migdałkach, których budowa jest zbliżoną do gruczołów limfatycznych. Niekiedy stwierdzano zmiany w gruczołach kiszkowych Peyera; badania pośmiertne Golda potwierdziły, że we wczesnéj kile śledziona bywa powiększoną, co przed nim stwierdził za życia Weil, a za jego przykładem Wewer. Nie dość na tém; liczne spostrzeżenia, a szczególnie dotyczące wrodzonéj kiły, wykazują, że w niéj cierpi układ kostny, a przedewszystkiém szpik, który, jak wiadomo, przyczynia się do wytwarzania krwi. Jeśli przypomnimy sobie, które narządy wyliczyliśmy, przekonamy się, że przedewszystkiém cierpi narząd limfoidalny, t. j. owe narządy, które w wytwarzaniu się białych ciałek, względnie krwi, czynny biorą udział, a rezultatem tego cierpienia jest hyperprodukcyja ciałek białych, których ilość rzeczywiście w kile jest zwiększoną. Oto znowu dotarliśmy do odkrycia przyczyny nagromadzenia ciałek białych, które według rozbioru miały dowodzić istniejącego zakażenia krwi. Rzeczywiście krew kiłowych nie jest prawidłową, ale większa ilość ciałek białych krwi, nagromadzonych z narządu limfoidalnego, bynajmniéj nie popiera twierdzenia, że skaza krwi w kile jest pierwotną, czyli że w krwi odbywają się procesy chemiczno-patologiczne, ale raczéj służy na poparcie, że zmiana krwi jest następową. A ta zmiana pociąga za sobą szereg innych zmian. Wiemy, że niedokrewność niebędąca zakażeniem krwi ale polegająca na braku niektórych składników, wywołuje następowo szereg zmian w tych narządach, do których krew dochodzi; tak samo pod wpływem nieprawidłowego składu krwi, powiedzmy hyperprodukcyi białka czyli białych ciałek krwi i przyrzutu w niéj krążącego, muszą cierpieć rozmaite narządy w kile i cierpią nietylko skóra i błona śluzowa, ale i wewnętrzne organy, jedném słowem te wszystkie, do których przyrzut się dostaje i korzystne dla istnienia znajduje warunki, a to nieprawidłowe odżywienie stanowi właśnie zboczenie organizmu, które dlatego zakażeniem organizmu nazywamy że je wywołuje przyrzut z zewnątrz organizmu powstający i tylko w pewnych warunkach do zdrowego ustroju się dostający. Po tém, co powiedziano, zdaje się nie spotka nas zarzut, że nazwa zakażenie organizmu nie jest parafrazą — grą słów — lecz że podaliśmy definicyję zakażenia organizmu.

Cóż przez to jednak zyskujemy, że zamiast kiłę nazywać zakażeniem krwi, nazywamy ją zakażeniem organizmu? Oto zyskujemy dokladniejsze pojęcie o samém cierpieniu. Nie uwzględniamy przy tém ani zmian morfologicznych ani chemicznych krwi, a nie przecząc ich istnieniu odnosimy zmiany do ich źródła, t. j. do narządów. Nie potrzebujemy téż rozliczać się z nowemi poglądami co do istoty przyrzutu, bo czy takowy jest fermentem lub pasorzytem, zakażenie krwi nie będzie pierwotną zmianą ale następową, a zyskujemy przez to, rzecz zdaje mi się bardzo ważną, odkrywamy dawno odkryte prawo, tłumaczące pozorny wyjątek, dla czego krwią kiłę przeszczepić można, podczas gdy innemi wydzie-

linami fizyjologicznemi choroby nigdy nie wywołujemy, gdy do nich przyrzut kiłowy nie jest domięszany. Dotąd widzieliśmy, że ani ślina, ani łzy, ani nasienie, ani mleko matki nie zaraża, a krew z płynów fizyjologicznych stanowiła wyjątek; przyjmując zaś powyżej przytoczone pojęcie o zakażeniu krwi pojmiemy, że krew również nie zaraża, gdy nie zawiera przyrzutu i że ona nie odgrywa innéj roli, jak wszystkie fizyjologiczne wydzieliny, t. j może być równie jak wszystkie przenośnikiem przyrzutu.

III. Kilka uwag o hipochondryi.

Napisał Dr. Maks. Gumplowicz.
Lekarz zakładu w Weidlingau.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 18)

Jako przejście z tego rodzaju szybko przebiegającéj hipochondryi do form na podobnéj podstawie wyrosłych a wybitnie przewłocznych przytoczymy przypadek hipochondryi czasowo występującéj. Pan Ł. również urzędnik bankowy, którego od lat ośmiu obserwuję, 40 lat liczący, szczupłéj budowy ciała i wyglądu niedokrewnego, skłonny do obstypacyi, jako amator wykwintnego i sutego stołu nieraz podlega dyspepsyi. W takich chwilach występuje szybko i gwałtownie hipochondryja, którą już z daleka rozpoznać można, po wielce zaniepokojonéj i rozpaczliwéj fizyjonomii, a która się w rozmowie wylewa prądem niepohamowanym. Z usunięciem dyspepsyi ustępuje zwolna nastrój chorobliwy i znikają rozpaczliwe myśli hipochondryczne, a w czasach prawidłowego trawienia zaledwie tu i owdzie zdradza się w rozmowie ukryta skłonność do hipochondryi.

Podczas, gdy w przytoczonych właśnie przypadkach związek między przyczyną organiczną a skutkiem psychicznym jest widoczny i niewątpliwy w innych tego rodzaju przypadkach myśli hipochondrycze tak się ustaliły i tak całece przybrały cechę samoistnego zboczenia psychicznego, że pierwotny stosunek przyczynowy tylko *per analogiam* odgadnąć można. Takie przypadki są nader liczne i ogólnie znane i tylko jako wzór zapisujemy następujący. Pan ...i, właściciel dóbr, doznał w r. 1863 i 64, licząc lat wtedy 18, ciężkich ciosów moralnych. W kilka lat potém oddał się życiu hulaszczemu, poczém wystąpiły znaczne dolegliwości ze strony narządu trawienia. Widocznie na téj podstawie rozwinęła się hipochondryja, która obecnie już mniéj więcéj od lat dziesięciu trwa, gdyż lat temu sześć, gdy po raz pierwszy chorego widziałem, miała już postać od dawna ustaloną. W tym lat dziesiątku chory zasięgał rady najsławniejszych lekarzy we wszystkich stolicach europejskich, przebył kuracyję w różnych miejscach kąpielowych i zakładach hidryjatrycznych, a w ogóle cały swój czas poświęca „leczeniu“ się i rozmyśliwaniu o stanie swego żołądka i swoich kiszek. Przytém wygląd wcale niezły, apetyt dobry, skłonność do zaparcia, badanie fizyczne nie wykazuje żadnych zmian przedmiotowych.

W innych do tego rzędu należących przypadkach wyłączne zajmowanie się także własnym stanem chorobowym doprowadza do takiego stanu psychicznego, w którym chory, zajęty przeważnie badaniem swego języka, swego tętna, oglądaniem kału i moczu i t. d., traci wszelki współudział dla spraw i ludzi otaczających go i staje się w obec świata obrzydłym egoistą, a przytém nieudolnym do jakiegokolwiek zajęcia umysłowego. Różnią się zatem te przypadki od poprzednich nie tylko swym przebiegiem ale téż, ogółem biorąc, niejakiém upośledzeniem dzielności umysłowéj. W tamtych przypadkach, u ludzi zniewolonych przez stosunki zewnętrzne używać pracy duchowéj, jako broni w walce o byt umysł dzielniéj rozwinięty, nawet w chwilach najgorszych, był wprawdzie silnie, jednak nie wyłącznie, zajęty objawami, jakie wynikły z toczących się w organizmie spraw chorobowych, a w miarę, jak te objawy traciły na sile i doniosłości, zapanował nad niemi i odzyskał dawną swą dzielność na zewnątrz. Natomiast u osób, u których zasób siły psychicznéj był może z góry mniéj znaczny, a których, bądź co bądź, nie zmuszała konieczność do ciągłego ćwiczenia téj siły, wrażenia i wyobrażenia wyrosłe na tle schorzałego ustroju, gdy raz zajęły umysł utkwiły w nim stanowczo i nie dozwoliły mu już nabrać téj energii, jaka jest potrzebną do opanowania i przytłumienia mimowoli powstałych myśli i uczuć i do dzielnego, a świadomego siebie wystąpienia na zewnątrz.

Jako wspólną zaś cechę tych przypadków hipochondryi wyrosłéj na tle zboczeń w narządzie trawienia uważać by można pewną ruchliwość skierowaną ku badaniu własnego stanu chorobowego obok braku głębiéj tkwiących zmian nastroju umysłowego. Inną cechę przybiera hipochondryja łącząca się ze zboczeniami w zakresie narządu płciowego, do których głównie zaliczamy: samogwałt, nadużycia płciowe, nasieniotoki, ubytek władzy spółkowania. Przytaczamy następujące odnośne przypadki:

a) Pan A. słuchacz uniwersytetu, liczący lat 22, oddawał się do 20 roku życia onanii. Przed dwoma laty doznał ciężkich wzruszeń moralnych, po których obecny stan miał się pojawić. W roku zeszłym odbył kuracyję hidryjatryczną z niewielkim skutkiem. Téj zimy, gdy się stan jego znacznie pogorszył, udał się do jednego z kolegów, który mnie zawezwał *pro consilio* dla porozumienia się, czyliby w danym razie hydroterapija nie była wskazaną. W postawie chorego zdradzały się jeszcze skutki nałogu, jakiemu dawniéj ulegał: wygląd niedokrewny, wzrok niestały, postawa tchórzliwa, głos drgający, mowa niepewna i przerywana, rumienienie się bez powodu itd. Skargi jego liczne i zmienne głównie zdążały ku temu, że się czuł niezdolnym do pracy umysłowéj, nieszczęśliwym, osamotnionym, że się obawiał obłąkania. Bliższe badanie okazało, że się czuł w ogóle upośledzonym moralnie i intelektualnie w porównaniu z innymi ludźmi, że mu się w skutek tego zdawało, jakoby był przedmiotem uwagi, śmiechu i szyderstwa zupełnie mu obcych ludzi. Poczucie to niższości doprowadzało go nieraz do rozpaczy i nasuwało mu myśli samobójcze. Badanie fizyczne nie wykazało żadnych zboczeń organicznych. Nie znajdując żadnego wskazania do jakiejkolwiek terapii szczególowéj a widząc, że samo uspokojenie działa — chociaż chwilowo — bardzo korzystnie na umysł chorego, uznaliśmy terapiję psychiczną za zupełnie wystarczającą, obok dyjety pożywczéj. Terapiję tę wspomniony kolega, poświęcając wiele czasu i trudu, przeprowadził w przeciągu dwóch miesięcy z tak świetnym skutkiem, że pan A. obecnie czuje się fizycznie i umysłowo zupełnie zdrowym i zdolnym do pracy, a o dawniejszém usposobieniu, o myślach i przypuszczeniach hipochondrycznych nie ma już u niego mowy.

b) Podobnie nacechowana hipochondryja rozwinąć się może u osób starszych w skutek innego rodzaju zboczeń płciowych, jak w następującym przypadku: Pan ...i właściciel dóbr, liczący lat 50, przez długie lata oddawał się bez miary i wyboru nadużyciom płciowym, aż wreszcie za-

brakło nie tyle na dobréj woli, ile na możności dalszego używania. Spostrzeżenie tego braku wprawiło go w usposobienie hipochondryczne: ciągle zajęty badaniem swego stanu oddawał się myślom o ciężkiéj chorobie i blizkiéj śmierci. Przy tém czuł się moralnie winnym, fizycznie i umysłowo wielce upośledzonym, nieszczęśliwym i niezdolnym do jakiejkolwiek czynności. Usposobienie to wyrażało się na zewnątrz w postawie chorego: wyraz twarzy ponury, głos przytłumiony, płaczliwy, przesadna religijność, w ogóle objawy przypominające zadumę. Bliższe jednak badanie okazało, że wyższe władze umysłowe chorego, mianowicie władza loicznego myślenia, były zupełnie nietknięte a ukrywały się tylko na pierwszy rzut oka pod zasłoną chwilowego rozstroju hipochondrycznego. Na téj podstawie oparte rokowanie było zatém dosyć pomyślném; jakoż po sześciotygodniowém leczeniu hidryjatryczném, skierowaném ku usunięciu nasieniotoku i obstypacyi i ku ogólnemu wzmocnieniu ustroju, chory tak dalece odzyskał dawną sprężystość i nastrój umysłu prawidłowy, iż wierny opis dopiero co minionego stanu chorobowego wprawiał go samego w niemałe zadziwienie.

c) Odmienną postać kliniczną przybrała hipochondryja na podobnéj podstawie, urosła w przypadku bardzo charakterystycznym, który w roku zeszłym obserwowałem. Pan K. lat 36 liczący, rodem Grek, posiadający w wysokim stopniu właściwy téj narodowości spryt i ruchliwość umysłu a przy tém gruntowe wykształcenie europejskie, przebył podobną skalę jak poprzedni pacyjent: nadużycia płciowe, nasieniotok, ubytek władzy spółkowania. W tym stanie z porady lekarzy greckich ożenił się i to z kobietą histeryczną. Po roku bezowocnego pożycia małżeńskiego udał się dla poratowania zdrowia do Wiednia, gdzie przez ośm miesięcy się leczył. Między innemi wykonano u niego zażeganie wzgórka nasiennego sposobem Lallemanda, operacyję, po któréj nawiasem mówiąc nigdy dobrego a nieraz złe skutki widziałem, a która w tym przypadku wywołała tylko nieżyt pęcherza. Gdy mnie się chory po raz pierwszy przedstawił, skarżył się głównie na ból tyłogłowowy, o innych dolegliwościach zaledwie pobieżnie i tylko na wyraźne zapytanie wspominał. Okazało się jednak wkrótce, że umysł jego był głównie zajęty myślą o nasieniotoku, jego przyczynach i skutkach możliwych. Kilka godzin dziennie ślęczał nad mikroskopem, badając krople wydzieliny wyszłéj po stolcu z cewki moczowéj. Z wyrazem głębokiego smutku wskazał mi raz kilka plemników pod mikroskopem, przy czém jednak i bańki powietrzne w preparacie uważał za jakieś utwory chorobowe Rozmyślając nad swojém położeniem poczuwał się do własnéj winy i czuł się wielce nieszczęśliwym w porównaniu z innymi ludźmi. Miał on jednak tyle silnéj woli i inteligencyi, że myśli i usposobienie swoje ukrywał starannie aby nie uchodzić za hipochondra a tylko na zapytanie wydawał się z niemi przed lekarzem. Była to zatém, że tak powiemy, dysymulacyja hipochondryi; wydawał się zwykle spokojnym a nawet wesołym w towarzystwie, podczas gdy myśli hipochondryczne, jak się o tém nieraz przekonałem, nie opuszczały go ani na chwilę, owszem tkwiły mu w umyśle jakoby stałe urojenie, które nie ustępowało w obec żadnego rozumowania. Terapija pod względem hipochondryi okazała się w tym przypadku zupełnie bezskuteczną, mimo to że nasieniotok przy użyciu psychroforu prawie zupełnie ustał a władza spółkowania znacznie się polepszyła.

Z porównania tych trzech przypadków wynika, że wspólną ich cechą jest poczucie własnéj winy, własnéj niższości moralnéj i intelektualnéj, pewien obłęd niższości (*Kleinheits-Wahn*) który, jak w przypadku pana A., w dalszym rozwoju przybrać może cechę obłędu prześladowczego. Taki stan psychologiczny, mniéj lub więcéj silnie rozwinięty, odznacza wszystkie przypadki hipochondryi, do których rozwoju głównie się przyczyniły zboczenia płciowe. Dopóki tego rodzaju nastrój umysłowy, jak w przypadku *a*) i *b*), jest jeszcze stosunkowo świeży i żywy, dopóki jeszcze jest widocznym **skutkiem** zboczeń organicznych i widoczną **przyczyną** myśli hipochondrycznych, dopóty rokowanie co do hipochondryi może być pomyślném, gdyż *cessante causa cessat effectus*. W przeciągu czasu jednak nastrój ten może coraz więcéj się zatrzeć, umysł w téj mierze wrócić do pewnéj równowagi a myśli hipochondryczne nabrać pewnéj stałości i samoistności, jak to miało miejsce w przypadku *c*); w takim razie rokowanie co do hipochondryi staje się niepomyślném.

Jako trzecią odmianę hipochondryi uważać możemy te formy, jakie nieraz powstają przez zbytnie natężenie umysłu najczęściéj u osób niedokrewnych. Należą tu przedewszystkiém znane i dosyć częste u młodzieży oddającéj się naukom lżejsze objawy hipochondryi, którą Oppolzer z właściwym sobie humorem zwykł był nazywać: *hypochondriasis rigorosantium*, a która zwykle bez wszelkiéj terapii z czasem mija. Bywają jednak i ciężkie tego rodzaju przypadki. Jako typ uważać możemy następujący: Pan L., uczeń szkoły sztuk i przemysłu w Wiedniu, w celu objęcia przyrzeczonéj mu posady, oddawał się przez pól roku z wytężeniem wszelkich sił swéj pracy zawodowéj. Wreszcie nastąpił taki rozstrój umysłowy, iż dalsza praca stała się zgoła niemożebną. Przybywszy z porady swego lekarza do mnie w celu poddania się hydroterapii okazał przedewszystkiém niezwykły stan trwogi i niepokoju. Skarżył się, że jest niezdolnym do jakiéjkolwiek pracy umysłowéj, że wprawdzie widzi litery i czyta je, jednak tylko „mechanicznie,“ że nie jest w stanie pojąć tego, co czyta lub w ogóle zebrać swoich myśli, że mu co chwila krew uderza do głowy itd. Każda próba czytania wprawiała go w stan irytacyi i niepokoju. Ciągle zajęty myślą o swéj chorobie nie znajdował dosyć wyrazów do opisywania różnych dolegliwości, jakich doznawał, a ostatecznie obawiał się obłąkania. Liczył on wtedy lat 22, był wyglądu niedokrewnego, skłonny do obstypacyi, zresztą nie przedstawiał żadnych zboczeń przedmiotowych. Skierowałem leczenie głównie ku uspokojeniu i wzmocnieniu organizmu stosując obok hydroterapii bromek potasowy i żelazo. Skutek pod względem fizycznym był po sześciodniowém leczeniu bardzo zadowalający; przybytek wagi ciała o ośm funtów, wygląd daleko lepszy, funkcyja trawienia regularna. Mimo to pod względem psychicznym żadna prawie nie zaszła zmiana; pozostała niezdolność do pracy, niepokój, irytacyja, myśli i usposobienie hipochondryczne. Podobnie jak nadmiar pracy umysłowéj działają nieraz na umysł przygnębiające ciosy moralne, a w wywiadach u hipochondrów często napotykamy wspomnienia takich zajść. Być może że częste przypadki hipochondryi wydarzające się podczas panowania groźnych epidemij tutaj zaliczyć wypada, lecz w tym kierunku zbywa nam na własném doświadczeniu.

Gdy zestawimy i porównamy ze sobą liczne tego rodzaju przypadki, łatwo spostrzeżemy w nich, mimo znacznych szczegółowych różnic, pewne wspólne znamię, mianowicie: co do nastroju trwogę i niepokój, co do myśli hipochondrycznych umiejscowienie objawów podmiotowych w mózgu, co też w tych przypadkach istocie rzeczy zupełnie odpowiada.

Możemy do téj charakterystyki dodać jeszcze objaw podmiotowy, który się jednak tylko w cięższych przypadkach znachodzi, tj. rzeczywiste nawały krwi do głowy przy podjęciu lżejszéj nawet pracy umysłowéj, objaw przypominający wystąpienie rumieńców i potu u ludzi fizycznie słabszych przy podjęciu cięższéj nieco pracy fizycznéj. Jak zwykle u hipochondrów objaw taki widoczny i niewątpliwy staje się powodem najprzeróżniejszych wyobrażeń i wniosków.

Określając w ten sposób ten szczególny typ hipochondryi wiemy, że obejmujemy tém samém wiele przypadków takich, dla których autorowie amerykańscy Beard i Rockwell utworzyli nową nazwę *neurasthenia cerebralis*, nazwę przyjętą później przez niektórych autorów niemieckich. Można się zgodzić co do nazwy, jeżeli się tylko porozumiemy co do saméj istoty sprawy chorobowéj, która, jak to poniżéj wykazać się postaramy, jest jedną i tą samą w tych przypadkach jak w powyżéj opisanych.

Staraliśmy się dotąd rozróżnić trzy odmienne formy hipochondryi opierając się przy tym podziale na odmiennéj podstawie organicznéj, na jakiéj hipochondryja powstać może, a z którą zdaniem naszém łączą się pewne odmienne cechy psychopatologiczne. Wprawdzie o ścisłym i dokładnym podziale wszelkich możliwych przypadków już z tego względu mowy być nie może, że wspomnione pierwotne zarodki i przyczyny hipochondryi często razem się znachodzą i ze sobą wikłają; mimo to jednak w praktyce bliższe dochodzenie wątku rzeczy rzadko nam w téj mierze pozostawi wątpliwość.

Zachodziłoby daléj pytanie, czy też wspomnione zboczenia organiczne są jedynemi podstawami hipochondryi? Możnaby tu dwa uczynić zarzuty. Możnaby najpierw przytoczyć, że u wielu osób sam brak zajęcia umysłowego, bez jakichkolwiek zmian organicznych wywołuje hipochondryję. Wiemy, że nieraz ludzie, którzy przez długie lata mozolnie pracowali, aby sobie zdobyć niezależne stanowisko materyjalne, po osiągnięciu pożądanego celu, gdy się usuwają od pracy, popadają w hipochondryję. Fakt sam jest niezaprzeczony. Postaramy się poniżéj wykazać, dla czego rzeczywiście brak zajęcia umysłowego jest czynnikiem usposabiającym do hipochondryi; mimo to jednak wątpimy, czy ten czynnik sam przez się wywołać może hipochondryję, a przypuszczamy raczéj w takich razach istnienie lżejszych a niedostępnych badaniu zmian ustrojowych.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

O cięciu cesarskiem i jego metodach

napisał Dr. A. Mars

Docent położnictwa i Asystent kliniki położniczo-ginekologicznéj U. J.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr 17).

Operacyja. Aktów operacyjnych rozróżniamy 5, i tak: 1) Otwarcie jamy brzusznéj, 2) Otwarcie jamy macicy, 3) Wydobycie płodu, 4) Wydobycie popłodu, 5) Założenie szwów i opatrunek.

Akt 1szy. Po rozdzieleniu ról przez operatora pomiędzy pojedynczych asystentów, gdy chora na wznak podłużnie ułożona i zachloroformowana, a asystenci miejsca przeznaczone zajęli, operator staje po stronie prawéj choréj, w prawą rękę ujmuje skalpel, lewą zaś, t. j. jéj palcem wskazującym i wielkim, napręża skórę w kierunku mającego nastąpić cięcia. Co do kierunku cięcia w powłokach brzusznych to różnie takowe różni operatorowie wykonywali i wykonywać radzili, i tak: Levret podał cięcie boczne, na 2—3″ od linii białéj odległe, po téj stronie na którą jest macica przechyloną; podobnie radził Rousset; Chauliac cięcie boczne po lewéj stronie; Millot cięcie boczne po téj stronie, na którą macica nie jest przechyloną. De la Cerlata a później Deleurye robili cięcie w linii białéj w odległości 2″ niżéj pępka aż do punktu 2″ nad spojeniem kości łonowych położonego. Lauverjat radzi cięcie poprzeczne między mięśniem prostym brzucha a kręgosłupem na 5—6″ długie na téj stronie, ku któréj dno macicy skierowane; Stein młodszy podał cięcie skośne w kierunku od końca gałęzi pozioméj kości łonowéj jednéj strony do końca ostatniego żebra fałszywego drugiéj strony: Osiander przyciska główkę od wewnątrz do przedniéj ściany macicy i robi cięcie skośne w miejscu największego wypuklenia wprost ku główce zmierzając, w celu, aby takowa najpierw na zewnątrz wystąpiła itd. Z pomiędzy tak wielu sposob przez de la Cerlata pierwotnie, a później przez Deleuryego, podany jest w obecnych czasach prawie wyłącznie używanym. Operując zatém według tegoż napręża operator skórę w kierunku linii białéj i prowadzi cięcie przecinając skórę odrazu. Długość cięcia powinna wynosić 15cm. jeżeli zaś na to granice przez Deleuryego podane nie pozwalają, należy cięcie przedłużyć w kierunku ku górze i na lewo od pępka, nigdy zaś ku dołowi, aby pęcherza moczowego nie uszkodzić. Mniéj lub więcéj rozwiniętą tkankę tłuszczową podskórną przecina się ostrożnie długiemi cięciami, dopóki nie ukaże się srebrno-lśniąca pochewka m. prostego brzucha. Rzadko tylko przydarzają się w téj warstwie większe naczynia krwionośne, w razie jednak gdy takowe się znachodzą i nie można ich wyminąć podwiązuje się je poprzód podwójnie i przecina, lub przecięte chwyta się w szczypczyki ze zasuwką. Im więcéj w głąb operator postępuje, tém ostrożniéj musi cięcia prowadzić. Pochewkę mięśnia prostego przecina na sondzie rowkowanéj i wyszukawszy brzeg jego usuwa go na stronę, w razach zaś, gdy to się nie udaje, przecina mięsień drążąc w głąb warstwowo. Nader ostrożnie tylko na sondzie rowkowanéj przecina daléj tylną pochewkę pomienionego mięśnia, poczém ukazuje się wiotka tkanka łączna podotrzewnowa, tu i owdzie grudkami tłuszczu przerosła, między którémi wiją się tu i owdzie i krzyżują drobne naczynia, szczególnie żyłki. Wiotką tą tkaninę najlepiéj rozdzielić tępym sposobem, t. j. za pomocą pincet, co gdy się nie udaje, rozcina się ją na sondzie rowkowanéj warstwami, aż się ukaże w ranie otrzewna. Aby przy przecinaniu téj ostatniéj nie uszkodzić trzew brzusznych, chwyta ją operator w jednym punkcie w pincetę i unosi ku górze, powstały zaś przez to stożek nacina u podstawy. Tak utworzony otworek rozszerza się ostrożnie na sondzie rowkowanéj tak szeroko, aby można swobodnie palec wskazujący do niego wprowadzić. Pod osłoną palca rozcina operator bisturem gałkowatym otrzewnę ku górze i na dołowi ku całéj długości rany, przyczém musi uważać, aby nie skaleczył jelita lub sieci, mogących się w pobliżu znachodzić. Asystujący winni wśród tego aktu operacyjnego uważać, aby powłoki brzuszne ściśle do ścian macicy przylegały, a to już to w celu, aby jelita nie wypadły przez ranę operacyjną, już też aby sącząca się z brzegów rany krew do jamy brzusznéj się nie dostawała. Po przecięciu otrzewnéj wygląda z wnętrza charakterystyczna ciemno-sinawo przeświecająca powierzchnia macicy. Szerokie tuż pod powierzchnią przebiegające żyły

ostrzegają operatora, że w akcie, do którego zaraz winien przystąpić, musi zdobyć się na zimną krew, skupić cały zasób uwagi, działać szybko i ostrożnie, bo w razie przeciwnym może być srodze ukarany krwotokiem, w obec którego byłby bezsilnym.

Akt 2gi. W górnym kącie rany operacyjnéj robi operator szybkie cięcie w ścianie macicy drążące od razu aż do błon płodowych. Do otworu w ten sposób w ścianie macicy utworzonego wprowadza szybko palec wskazujący ręki lewéj, posuwa go między błonami a ścianą macicy ku dolowi i rozcina pod osłoną tegoż palca bisturem gałkowatym, w prawą rękę ujętym, ścianę macicy ku dolowi na rozległość rany w powłokach brzusznych. Krwotok znaczny nagli operującego do pośpiechu. Asystent stojący naprzeciw operatora przebija pęcherz płodowy, ci zaś, którzy mają ręce na brzuchu ułożone muszą uważać, aby w chwili, gdy blony przebite i woda płodowa odpływa, nie powstało wolne miejsce między ścianą macicy a powłokami brzusznemi.

Akt 3ci. Operator wchodzi szybko ręką prawą do jamy macicy, idzie ku nożkom i chwyta takowe, jeżeli mu do ręki wpadną, jeżeli ich zaś w pierwszéj chwili odnaleść nie może, chwyta w dłoń tę część, która mu do ręki najpierw wpadnie, np. pośladki lub nawet główkę i wydobywa płód na zewnątrz Jeżeli uchwycił nóżki lub pośladki, wydobywa płód według zasad, jakich trzymamy się przy wydobywaniu płodu za nóżki drogami naturalnemi, jeżeli zaś uchwycił główkę, to chwyta ją w dłoń całą ręką starając się ją przez ranę operacyjną przeprowadzić; poczém tułów płodu rodzi się łatwo. Jeden z asystentów przecina teraz pępowinę, ugniata jéj koniec pępkowy, bierze dziecko w swą opiekę i ułożywszy je na przygotowanym umyślnie stole, podwiązuje dopiero pępowinę i cuci dziecko, jeżeliby było omdlałe.

Akt 4ty. Lewą ręką ujmuje operator wolny koniec pępowiny, napina ją lekko i wchodzi prawą ręką stożkowato ułożoną po pępowinie do jamy macicy, a doszedłszy do miejsca przyczepienia pępowiny, zachodzi końcami palców na brzeg łożyskowy, zachodzi niemi poza takowy i układając rękę na płask odkleja łożysko od ściany macicy, wykonywając końcami palców piłowate ruchy na boki. Skoro łożysko i błony w zupełności odklejone, ujmuje je w dłoń i wyprowadza przez ranę operacyjną na zewnątrz.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

Dr. C. Hindenlang: **Kwas metafosforowy jako odczynnik w białkomoczu.**

Jakkolwiek już dawniéj było rzeczą wiadomą, że kwas metafosforowy ścina białko w moczu, to przecież brak ściślejszych doświadczeń nie zachęcał do używania tego przetworu, który, zdaniem autora, zasługuje ze wszech miar na rozleglejsze użycie. Ścisłe badania H. wykazały, że kwas metafosforowy dodany do moczu zawierającego białko, daje osad składający się li tylko ze ściętego białka, nie działając wcale na inne fizyjologiczne lub patologiczne jego składniki.

W celu kontroli porównywał autor działanie kw. metafosforowego z trzema innemi próbami, a mianowicie: z próbą przez zagotowanie z następném dodaniem kwasu azotowego, powtóre z kw. octowym i żelazo-sinkiem potasu, nareszcie z kw. octowym dolanym do moczu nasyconego solą Glaubera i zagotowaniem. Białko ścięte kw. metafosforowym dało się wykazać każdą z wymienionych prób, a w większéj ilości przypadków zmącenie występowało znacznie wybitniéj, tam zaś, gdzie kw. metafosforowy nie wykazał białka, i za pomocą innych prób wykazać go nie można było.

Wyniki tak zadowalające zyskują jeszcze na wartości, zważywszy wielką łatwość zastosowania kw. metafosforowego przy łóżku chorego. Kwas metafosforowy znajduje się bowiem w handlu w postaci masy szklistéj, stopionéj w laseczki. Rozpuszcza się bardzo łatwo we wodzie zimnéj, łatwiéj w ciepłéj, jednak pozostając dłużéj w rozpuszczeniu lub przy zagotowaniu zamienia się w kwas ortofosforowy, który białka nie ścina. Nie należy go zatém trzymać długo w roztworze, lecz do każdorazowego badania ukruszyć z laseczki. Do jednorazowego zbadania moczu wystarcza do 1—3cm. sz. wody dodać maleńki kawałeczek kw. metafosforowego, zamąciwszy nieco, mamy po paru sekundach gotowy roztwór, (część nierozpuszczoną można do dalszego użycia zachować). Najgłówniejszą zatém bo praktyczną zaletą tego odczynnika jest ta, że go łatwo w stanie stałym zawsze przy sobie mieć możemy. Autor podaje w końcu obmyślany przez siebie przyrząd, składający się z rurki odczynnikowéj długości 7—8cm., w którą wchodzi druga krótsza rurka, obie zaś wsuwają się do mosiężnego puzderka. Jedna z tych rurek służy do pomieszczenia moczu, druga krótsza do przysposobienia odczynnika. Przyrząd ten ma na składzie Kramer we Fryburgu w Bad. po $1\frac{1}{2}$ marki; kwasu metafosforowego można dostać w Krakowie w aptece p. Wiszniewskiego. (*Berl. klin. Woch.* 1881, Nr 15). *Dr. Murdzieński.*

Krwotoki nosowe

Przeciwko dwom powszechnie używanym sposobom tamowania krwotoków z nosa, pojawiły się ostatniemi czasy uwagi, które zasługują na uwzględnienie. Temi sposobami są: użycie półtorachlorku żelaza i obustronna tamponada nosa. Co do pierwszego opisuje Dr. Galliard następujący przypadek. Pomocnik kucharza, 55 lat liczący, pijak nałogowy, miewał częste krwotoki z nosa. Dnia 19go czerwca r. z. pojawił się znowu krwotok, który przez parę dni tamował aptekarz tamponami napojonemi rozczynem półtora chlorku żelaza. Chory utracił parę litrów krwi. Z powodu wielkiego osłabienia udał się do szpitala w Paryżu. Badanie wykazało, że krwawienie pochodzi z prawéj jamy nosa, osłabienie znaczne, szmery nad naczyniami. Podano choremu 4 gramy ergotynu Nazajutrz jednak ponowił się krwotok, który uśmierzono obustronną tamponadą. Chory utracił przytomność i popadł w obłąd. Dnia 25 t. m. zaczęły wypływać z nosa wraz ze krwią brudne masy, przyłączyła się gorączka; dnia 27 czerwca chory umarł

Sekcyja wykazała: nieznaczne zwyrodnienie miażdżycowe zastawek aorty, głównie zaś zmiany w mózgu. I tak: W okolicy prawego nerwu węchowego, na błonie pajęczéj, plama czarniawa, zupełnie odpowiadająca miejscu, gdzie blaszka sitowa (*lamina cribrosa*) do kości sitowéj przylega. Opona twarda na blaszce sitowéj téjże strony również czarno zabarwiona. Badanie chemiczne wykazało, że tak błona pajęcza jakotéż opona twarda zawiera w tych miejscach żelazo. Jamy nosowe, zwłaszcza prawa, wypełnione posokowatą cieczą, błona śluzowa w nosie zielonawa, ropą naciekła i nieco stłuszczona. Zdaniem autora rozczyn półtorachlorku żelaza wywołał zapalenie błony śluzowéj i następne krwotoki, następnie zgorzelinowy rozpad tkanin; posuwając się zaś wzdłuż nerwów i naczyń sprawił podrażnienie mózgu i śmierć wyniszczonego utratą krwi organizmu.

Dr. Hartmann występuje tak przeciw użyciu półtora chlorku żelaza jakotéż obustronnéj tamponadzie, podając parę przykładów, w których przy użyciu tych sposobów występowały

przez podrażnienie, silne zapalenia błony śluzowéj trąbki Eustachego i jamy bębenkowéj. Hartmann poleca przedewszystkiém wyszukać miejsce krwawiące, w razie znalezienia tegoż tamponadę watą Brunsa, chwilowy ucisk tego miejsca i pozostawienie tamponu przez 24 godzin. W ostateczności dopiero zezwala na tamponadę nosa od tyłu, stanowczo jednak odradza użycia półtorachlorku żelaza. (*Wiener mediz. Blätter* Nr. 1.). *F. M.*

Hausmann, Credé, Ohlshausen: **O środkach zapobiegających powstawaniu zapaleń oczu u noworodków**

Fryd. Jaeger z początkiem naszego stulecia zwrócił uwagę na szkodliwe działanie wydzieliny rzeżączkowéj, dostającéj się do worka spojówkowego, a twierdzenie swoje o zaraźliwości téjże poparł licznemi doświadczeniami W roku 1832 ogłoszono szereg spostrzeżeń z kliniki położniczéj w Stokholmie, które dowiodły, że ostre zapalenia spojówkowe u noworodków powstają skutkiem dostania się wydzieliny pochwy do worka spojówkowego, i to bądź podczas rodzenia, bądź w krótki czas po urodzeniu. Opierając się na tych spostrzeżeniach radzi już Mackenzie, aby nietylko zaraz po urodzeniu oczyszczono oczy noworodków, lecz ażeby już podczas pierwszego i drugiego okresu porodowego wstrzykiwano letnią wodę lub alkaliczne płyny do pochwy. Chociaż obecnie już nikt nie wątpi, że ostry śluzoropotok u noworodków powstaje najczęściéj skutkiem przeniesienia wydzieliny z pochwy do oka, nie udało się dotąd wykryć sposobu, któryby zapobiegł dość częstemu ociemnieniu dzieci skutkiem zropienia rogówki w przypadkach téj choroby. W najnowszych czasach zalecono użycie rozczynu kwasu karbolow. go, który to środek istotnie dość skutecznym się okazał. Pierwszy, który zalecił dwuprocentowy rozczyn tego leku, był Haussmann w Berlinie (1879). Radzi on, aby przed ukończeniem porodu przestrzykano tym rozczynem kilkakrotnie pochwę w celu wydalenia lub dezinfekcyi śluzu i wydzieliny i aby dziecku, o połowę słabszym rozczynem, zaraz po urodzeniu i to przed otwarciem oczu obmyto powieki. (Haussmann, *Centralbl. f. Gynäkol.* 1881, Nr. 4).

Credé od 1go czerwca z. r. w klinice położniczéj w Lipsku zapuszczał noworodkom zaraz po urodzeniu, oczyściwszy poprzednio należycie oczy czystą wodą, kroplę 2% rozczynu azotanu srebrowego do oka, poczém przez całą dobę stosowano okłady zimne, maczane w 2% rozczynie kwasu salicylowego. Przy tém leczeniu przez przeciąg kilku miesięcy aż do chwili ogłoszenia swoich spostrzeżeń Credé ani razu nie spostrzegał zapalenia spojówki u noworodków pomimo że kilka z rodzących kobiet dotkniętych było śluzoropotokiem pochwy. Szkodliwych następstw tego leczenia nie spostrzegano. Największą wagę przywiązuje Credé do dezinfekcyi oczu, a nie do przestrzykiwań pochwy, jak Mackenzie i Haussmann. W latach 1874 do 1879 obniżyły się w zakładzie położniczym w Lipsku odsetki zapaleń oczu u noworodków z 13·6 do 9·2 (rocznie było najmniéj 287 a najwięcéj 389). W roku 1880 nie dochodził odsetek zapaleń oczu 8%, a od 1go czerwca aż do 8go grudnia, w którym to czasie stosowano wyżéj wymienione środki, nie zapadło ani jedno dziecko. (Credé. *Die Verhütung der Augenentzündungen der Neugeborenen. Archiv f. Gynäkol.* XVII).

Ohlshausen, postępując w podobny jak Credésposób, doszedł także do znakomitych rezultatów. (*Zur Prophylaxe der Conjuctival-blennorrhoe Neugeborener. Centralbl. f. Gynäkol.* V. 2). Za poradą Alfreda Graefego w Hali obmywał od 2 lat oczy noworodków 1% rozczynem kwasu karbolowego. W pierwszych pięciu kwartałach obmywano oczy dopiero po kąpieli, a w ostatnich trzech kwartałach zaraz po urodzeniu, albo jeszcze przed urodzeniem tułowiu. Obecnie używa Ohlshausen 2% rozczynu. W przeciągu tych dwóch lat obniżył się odsetek zapaleń ocznych z 12·5 do 6·0. Wreszcie i przebieg śluzoropotoków był niewątpliwie łagodniejszym. (*Zehenders klinische Monatsblätter f. Augenh.* Marzec, 1881).

Dr. Machek.

Dr. Kauders: **Otrucie amonijakiem żrącym.**

Wyrobnica, lat 65 licząca, w zamiarze samobójczym wypiła łyżeczkę od kawy 10% rozczynu amonijaku żrącego. Z powodu ogromnych boleści w przełyku i gardzielu przeniesiona została w 3 godziny później do kliniki prof. Bambergera, gdzie spostrzeżono: mocne obrzmienie warg, zaczerwienienie języka. pokrytego w kilku miejscach błonami jakby krupowemi (przybłonek w szmatach odłączony), taki sam wygląd błony śluzowéj wargi dolnéj i jamy ustnéj, części głębsze jamy téj żywo czerwone, z ust ciecze płyn bezbarwny, szklisty, pienisty, (śluz ze śliną), głos chrypliwy, brak wymiotów, duszności i kaszlu, oddech miernie przyspieszony, tętno pełne, ciepłota prawidłowa, odnogi chłodne, świadomość nie nadwerężona. Zalecono rozcieńczony kwas fosforowy, morfin, pigułki lodowe; przez 2 godziny ból w gardle utrzymywał się, po upływie tego czasu chora, która dotąd była całkiem przytomna i posługaczce opowiadała o pobudkach, które ją skłoniły do picia trucizny, nagle wyskoczyła z łóżka, wołając że się dusi, a lekarz szybko nadbiegły znalazł ją siną, bezprzytomną, umierającą. Przy sekcyi znaleziono w przełyku dość dużo śluzu, błonę śluzową bardzo bladą, galaretowato zanikłą, warstwę przybłonkową odłuszczoną, warstwę podśluzową również zanikłą; w podobnym stanie błona śluzowa krtani i tchawicy, wejście do krtani prawie zupełnie zamknięte; płuca nieco obrzękłe, w oskrzelach śluz galaretowaty; błona śluzowa gardziela w całości mocno zaczerwieniona, przybłonek odłączony, żołądek rozszerzony zawiera koło 500cm. sześc. płynu śluzowego, mętnego, lepkiego, kwaśno oddziaływającego bez woni szczególnéj; fałdy błony śluzowéj na krzywiźnie wielkiéj zaczerwienione, na nich tu i ówdzie wynaczynionki, przybłonek mętny, łatwo odskrobać się dający. Śmierć nastąpiła zatém w skutek bardzo ostrego obrzęku górnych dróg oddechowych, a więc wyłącznie skutkiem działania miejscowego trucizny, pomimo że mała stosunkowo dawka użytą została. Autor zwraca uwagę, że w takich razach należy zawczasu pomyśleć o tracheotomii. (*W. med. Bl.* 1881, Nr. 17). *L. B.*

Wiadomości pomniejsze.

(K. B.) **Nowy środek w leczeniu cierpień stawowych tak przyostrych jak przewlekłych.** W miejsce smarowania jodem, stosowania gorczyczników, używa Dr. Paul tak zwanego oakum tj. konopi napojonych smołą. Stawy zajęte owija się na grubość 1—2 cm. i pozostawia tak owinięte dłuższy czas Skutki mają być zachęcające do dalszego użycia nie tylko w zwykłych zajęciach stawów ale i przy zapaleniach stawów zniepodobniających. (*Gaz. des hôpit.*)

(K B.) **Następującéj maści antyseptycznéj**

Rp. *Ac. borici pulv. 20,0*
Vaselini 100,0
Glycerini puri q. s.

używa Lucas-Championnière przeciw oparzeniom niemniéj przeciw owrzodzeniom, które towarzyszą wypryskowi i impetigo mianowicie u dzieci, które kwas karbolowy, w tychże celach użyty, częstokroć źle znoszą. (*Union médicale*).

(K. B.) **Limonada bromo-gazowa przeciw nudnościom i wymiotom w cierpieniach macicy.** Chcąc usunąć jak najrychléj nudności i wymioty, na które cierpią częstokroć bardzo długi czas kobiety dotknięte zmianami w narządzie maciczno-jajnikowym, Dr. Chéron wpadł na myśl, aby w tym celu połączyć napój Riviera z bromkiem potasu W każdym przypadku, w którym stwierdził nudności lub wymioty świeże lub od dawna się utrzymujące podaje swój środek w następujący sposób:

Nr. 1. Rp. *Kali bicarb. 2,0*
Aq. dest. 60,0
Kali bromati 2,0.

Nr. 2. Rp. *Ac. citrici 4,0*
Aq. dest. 120,0
Syr. simpl. 40,0.

wziąść do szklanki łyżeczkę z Nru 1 a łyżkę z Nru 2 zamięszać i wypić zaraz. Takie dawki brać co pół albo co godzinę. Nr. 1 i 2gi przedstawiają maximum, jakie w ciągu dnia winno być wyżyte. Dr. Chéron przekonał się, że kombinacyja tych dwu środków daje o wiele lepsze rezultaty, niż każdy z nich podawany z osobna. (*Revue med. chir. des maladies des femmes*).

(F. M.) **Leczenie ospy.** Weidenbaum w Dorpacie używa w celu szybszego ukończenia zasychania pęcherzy ospowych i powstrzymania wybuchu nowych guziczków następującéj maści: *Unguenti cinerei 7.00, Sapon. Kalin. 15.00, Glycerin. 3.00.* Maścią tą poleca smarować całe ciało. Pojedyncze składniki maści mają swój cel ściśle obliczony. Maść szara ma wpływać na zmniejszenie miejscowego stanu zapalnego, towarzyszącego tworzeniu się pęcherzyków,—mydło szare rozmiękczając skórę, gliceryna swą własnością pochłaniającą wodę, maść sama nareszcie pokrywając guziczki wstrzymuje działanie powietrza na pęcherzyki. W 17 przypadkach użyta maść dała następujące jednako brzmiące wyniki: guziczki po nasmarowaniu nią nie zamieniały się w pęcherzyki, istniejące już pęcherzyki ospowe marszczyły się i znikały, wypełnione zaś cieczą ropną zasychały, marszcząc się chociaż nieco wolniéj. Równocześnie z polepszeniem objawów miejscowych gorączka malała a zdrowie postępowało szybko. Ślinotoku znaczniejszego nie spostrzeżono. (*St. Petersb. med. Wchft.* Nr. 6).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak.

Posiedzenie II z dnia 5go kwietnia 1881.

Przewodniczący: Dr. Sciborowski. Członków obecnych 8.

1. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2. Przewodniczący zawiadomił Komisyję o rozesłaniu odezw do zarządów zakładów zdrojowych i kąpielowych, w kraju istniejących, z wezwaniem o nadsyłanie materyjałów do sprawozdania, dotyczącego urządzenia zakładów, ruchu chorych, tudzież postępu w zdrojowiskach. Odpowiedź na odezwę otrzymano dotąd z 9 zakładów zdrojowych i kąpielowych, mianowicie: z Jaworza, Konopkówki, Krościenka, Morszyna, Rabki, Swoszowic, Szczawnicy, Szkła i Żegiestowa. Zakład zdrojowy w Krynicy już poprzednio nadesłał komisyi sprawozdanie.

3. Przewodniczący zawiadomił komisyję, iż Dr. H hr. Krasiński, członek korespondent Tow. lek. krak., przystąpił do komisyi balneologicznéj, tudzież przedstawił p. K. Krzyżanowskiego, asystenta przy katedrze Chemii w Uniw. Jag., na członka nadzwyczajnego komisyi balneol., którego jednomyślnie przyjęto.

4. Następnie kolega Skórczewski odczytał swą pracę p. n. „Przyczyny i rozwój niektórych postaci uporczywych biegunek, oraz ich leczenie w Krynicy“. Z pomiędzy rozlicznych postaci biegunek wybrał prelegent przypadki, których pochodzenie, nie mogąc dopatrzyć się żadnéj innéj przyczyny, wyprowadza z zaburzeń w czynnościach nerwowych. Dotychczasowe spostrzeżenia fizyjologiczne i patologiczne nie pozwalają stanowczo oznaczyć, które gałęzie czy sploty nerwowe są siedzibą cierpienia; być może, że takowe pochodzi z układu współczulnego. Z 47 przypadków dotychczas dostrzeganych, w 11 nie było żadnych zboczeń w całym ustroju, w 24 można było wykazać zwątlenie przewodu pokarmowego, a w 12 nieżyt żołądkowo-jelitowy. Większa połowa przypadków (27) wystąpiła samoistnie, a mniejsza połowa wikłała się z zimnicą (15) lub cierpieniami macicy. W leczeniu tych przypadków chorobowych, jako polegających na zwiększonéj pobudliwości nerwowéj, starać się należy obniżyć siłę bodźców fizyjologicznych, a przedewszystkiém unikać wszystkich tych bodźców, które już przy nienaruszonéj równowadze nerwowéj wywołują większe czynności ze strony układu nerwowego, niż to jest potrzebném do celów odżywczych; a powtóre usilnie starać się należy, aby obniżyć nasilenie wszystkich tych czynników, o których wiadomo, że bezpośrednio lub pośrednio wpływają na pobudzenie owych rozmaitych narządów, biorących udział przy rozwijaniu się biegunki. Szczegółowo przechodzi prelegent 3 grupy owych szkodliwości, które odpowiednio zmienione i do danych warunków zastosowane stają się lekami. 1) Bodźce pochodzące od ośrodków nerwowych a głównie bodźce psychiczne. 2) Bodźce działające bezpośrednio na ściany przewodu pokarmowego, mianowicie pokarmy i napoje; tutaj zastanowił się prelegent nad racyjonalną kuracyją dyjetetyczną i nad działaniem wody karlsbadzkiéj i krynickiéj. 3) W końcu bodźce pochodzące od powierzchni ciała, których działanie drogą zwrotną lub téż w inny sposób przenosi się na przewód pokarmowy; z jednéj strony mogą one przyczyniać się do rozwijania i utrzymywania się biegunek, z drugiéj strony należycie zmienione stają się lekami. Tego rodzaju lecznicze działanie występuje przy różnorodnych kąpielach, opaskach, zmywaniach itd.

Nad odczytem wszczęła się ożywiona dyskusyja, w któréj brali udział kol. Przewodniczący, Olszewski, Smoleński, Warschauer i prelegent. Na tém posiedzenie zamknięto. *Dr. Ponikło.*

VI. Kilka uwag w sprawie reformy higijenicznéj szkół naszych.

Podał Dr. **Leopold Glück** w Czerniowcach.

Wyczerpujący „memoryjał w sprawie pożądanéj reformy higijenicznéj szkół naszych,“ ogłoszony w Nrze 15 Przeglądu Lekarskiego, którego autorowie zaszczytne zajmują stanowisko jako higijeniści zawodowi, tak dosadnie i jasno określił żądania higijeny, iż szkoły nasze niewątpliwie pod względem zdrowotnym tylko skorzystaćby mogły, gdyby władza szkolna dostatecznie uwzględniła te życzenia. Jeżeli mimo to korzystam ze zachęty szanownéj Redakcyi, wyrażonéj na wstępie powyższego memoryjału i ośmielam się zabierać głos w sprawie dla kraju naszego tak ważnéj, jaką niewątpliwie jest reforma higijeniczna szkół, to czynię to przedewszystkiém w tém przekonaniu, że przedmiotowa i wyczerpująca dyskusyja zdoła się przyczynić do pomyślniejszego załatwienia téj sprawy, a następnie dla tego, ponieważ niektóre z życzeń, wyrażonych w powyższym memoryjale, wydają mi się nieco za skromne.

Piecza higijeniczna Państwa nad szkołą jest w naszéj monarchii w ogóle jeszcze bardzo młodą, gdyż ustawa szkolna z dnia 19 maja 1869 r. i regulamin szkolny z 20 sierpnia 1870 r. zawierają zaledwie kilka ogólnych przepisów higije-

nicznych, a dopiero rozp. Ministra wyzn. i oświaty z d. 9go czerwca 1873 roku omawia i reguluje sprawę tę po raz pierwszy wszechstronnie i wyczerpująco. Jednak tak to rozporządzenie jak i rozporządzenie z d. 19 lipca 1875 roku odnosi się tylko do szkół publicznych ludowych i wydziałowych. Dla szkół średnich i szkół prywatnych powyższe rozporządzenia nie obowiązują, a innych do tychże szkół odnoszących się rozporządzeń higijenicznych, o ile mi wiadomo, nie ma; i dla tego też szkoły prywatne, jak pensyjonaty i konwikty, do których nie mała część dorastającéj młodzieży, a w szczególności dziewcząt, uczęszcza oraz gimnazyja i szkoły realne są zupełnie zaniedbane pod względem higijenicznym. A przecież, mojém zdaniem, i te dziewczęta, jako żony i matki przyszłych pokoleń, i ci uczniowie, jako przyszła inteligencyja Państwa i kraju, mają równe prawo do opieki nad zdrowiem, jaką się cieszą uczniowie i uczennice szkół publicznych ludowych i wydziałowych. A że brak téj opieki rzeczywiście i dotkliwie może się dać uczuć, każdy przyzna, jeśli tylko zważy, że tak uczennice pensyjonatów, jak uczniowie szkół średnich są właśnie w tym okresie życia, t. j. w okresie rozwoju płciowego, w którym szkodliwości zewnętrzne najłatwiéj i najzgubniéj działają, w którym, jak wiadomo, najczęściéj wybuchają choroby dziedziczne i rozwijają się wady organiczne.

Że szkoła rzeczywiście ostrożnie musi postępować pod względem higijenicznym z dorastającą młodzieżą, dowodzą nam, pominąwszy już stare, najnowsze prace Hassego i Petermanna. Pierwszy, wykazał na Zjeździe psychijatrów, odbytym w sierpniu z. r., że przeciążenie młodzieży pracą w szkołach średnich niewątpliwie wpływa na rozwój chorób umysłowych [1], a drugi, jako doświadczony pedagog, widzi w przeciążeniu umysłowém nietylko źródło cierpień cielesnych, ale co więcéj i upadku moralnego [2].

Dla tego sądzę, że przedewszystkiém powinniśmy się starać o to, aby państwo lub kraj rozciągnęły opiekę higijeniczną i na szkoły prywatne oraz na szkoły średnie, podobnie jak nad szkołami publicznemi ludowemi i wydziałowemi.

Następującemi uwagami, odnoszącemi się do dwóch szczególnie życzeń memoryjału, i nie zamierzam rozpocząć polemiki z szanownymi autorami memoryjału, których wszyscy lekarze polscy jako higijenistów zawodowych znają i cenią, ale zamierzam zwrócić uwagę szanownych autorów na niejaką jednostronność, która przebija z życzenia trzeciego i piątego memoryjału.

Autorowie uważają w życzeniu trzeciém za pożądane: „aby ustanowiono lekarzy szkolnych przy szkołach średnich po miastach“ i uzasadniają to życzenie potrzebą nadzoru nad przepisami higijenicznemi, badania stanu zdrowia młodzieży szkolnéj, czuwania „ażeby przez szkoły nie udzielały się choroby zakaźne“, i wreszcie potrzebą dawania „nauczycielom wskazówek tyczących się zdrowia pojedyńczych uczniów“. Pominąwszy już tę dość ważną okoliczność, że, jak wyżéj wspomniałem, nie mamy wcale przepisów higijenicznych, któreby się odnosiły do szkół średnich, lekarz szkolny nie miałby zatém na razie nad czém czuwać, to wydaje mi się równie słusznem, aby i w szkołach ludowych, wydziałowych i prywatnych badano stan zdrowia młodzieży szkolnéj, czuwano nad możebném udzielaniem chorób zakaźnych i dawano nauczycielom wskazówki tyczące się zdrowia poszczególnych uczniów. Wiadomo przecież, że dzieci zupełnie zdrowe w pierwszych czasach uczęszczania do szkoły bledniéją, tracą apetyt i cierpią na częsty ból głowy, choćby szkoła pod względem higijenicznym wzorowo była urządzoną; jakże szkodliwie może dopiero szkoła, pod względem higijenicznym zaniedbana, wpłynąć na zdrowie dziecka słabowitego. Obowiązkiem lekarza szkolnego byłoby badanie poszczególnych dzieci, mających po raz pierwszy do szkoły być wpisanemi, czy dość są rozwinięte i zdrowe, aby bez szkody i z korzyścią mogły uczęszczać do szkoły. Wiadomo daléj, że pewna grupa chorób zakaźnych nagabuje przeważnie dzieci w tym wieku, w którym, według ustawy, są obowiązane uczęszczać do szkoły ludowéj, która zatém również, a może nawet częściéj, niż szkoła średnia, może się stać ogniskiem epidemij. Czyż więc lekarz nie powinien czuwać i nad zdrowiem tych uczniów? A wreszcie, czy nauczyciel szkoły ludowéj nie potrzebuje z równą koniecznością wskazówek tyczących się zdrowia pojedyńczych uczniów, aby mógł np. odpowiednie zdrowiu stawiać żądania lub zadawać kary?

Szanowni autorowie wzmiankują wprawdzie, że szkoły po mniejszych miastach i wsiach winien w czasie swych objazdów zwiedzać lekarz powiatowy w myśl §. 15 rozp. min. z dnia 10 lipca 1875 r. L. 6081, ale pozwolę sobie wątpić, czy autorowie, jako higijeniści, są przekonani o dostateczności tych przelotnych i dość rzadkich wizytacyj, które jedynie tylko tam mogą i muszą wystarczać, gdzie nie ma w miejscu lekarza.

Stosunki higijeniczne szkół prywatnych są, jak wiadomo, jeszcze o wiele gorsze niż w szkołach publicznych. Utrzymujący szkołę jest przedsiębiorcą i chce naturalnie jak największy ciągnąć zysk ze swego interesu, a ociąga się przed kosztami, według niego zupełnie zbytecznemi. Pokoje, w których się odbywa nauka, najczęściéj wszystko pod względem higijenicznym pozostawiają do życzenia, ławki, starego systemu, nie odpowiadają wiekowi tych, którzy w nich siedzieć mają, oświetlenie liche, a niekiedy wprost szkodliwe, wentylacyi ani śladu itd. Że to, co tu piszę, nie jest przesadą, każdy potwierdzi, kto zwiedził kilka takich szkół prywatnych. Czyż z takiéj szkoły nie mogą i nie muszą wychodzić formalne charłaki i kaleki? Czyż szkoły takie nie potrzebują równie koniecznie sumiennego i ciągłego nadzoru?

Dla tego, uwzględniwszy wszystkie powyższe okoliczności, sądzę, że nie tylko dla szkół średnich po miastach lecz i dla szkół ludowych, wydziałowych i prywatnych potrzeba również lekarzy szkolnych.

Odnośnie do życzenia piątego memoryjału, w którym autorowie uważają za pożądane: „aby zaprowadzono wykłady higijeny w seminaryjach tak męzkich jak żeńskich, względnie zaś w Wydziałach filozoficznych uniwersyteckich dla kandydatów do stanu nauczycielskiego“, pozwoliłbym sobie uczynić następującą uwagę. Chwalebnym tym wnioskiem autorowie chcą, aby każdy nauczyciel nietylko znał i przestrzegał zasad higijeny, lecz, aby je również mógł krzewić między młodzieżą szkolną, czyli po prostu, aby zasad higijeny nauczał. Wątpię jednak, czy cel ten da się osiągnąć samemi tylko wykładami, chociażby nawet obowiązkowemi, wiadomo bowiem, że nawet młodzież dojrzalsza do tych tylko wykładów przywięzuje wagę i tych się tylko przed-

---

[1]) Die Ueberbürdung unserer Jugend auf den höheren Lehranstalten mit Arbeit im Zusammenhange mit der Entstehung von Geistesstörungen. Vortrag, gehalten in der Versammlung deutscher Irrenärzte etc. von Dr. Paul Hasse

[2]) Die Schäden, hervorgerufen durch unsere heutige Schulbildung und Vorschläge zu ihrer Abhilfe. Ein Mahnwort an Eltern und Lehrer von Dr. F. A. Petermann, Schuldirektor. Braunschweig, 1881.

miotów uczy, do których jest przywiązanym bicz ścisłego egzaminu. Jeżeli zatém chcemy, aby zasady higijeny stały się własnością ogółu przyszłych generacyj, jeżeli chcemy, aby już w szkołach ludowych szczepiono zdrowe ziarno téj nauki, choćby w najogólniejszych zarysach, to musimy żądać, aby kandydaci stanu nauczycielskiego, nietylko słuchali wykładów higijeny, lecz aby się jéj również i uczyli, czyli innemi słowy, aby hygijena była przedmiotem egzaminu dla przyszłego nauczyciela tak szkoły ludowéj, jak i szkoły średniéj.

Jeszcze jedno. Chcemy obowiązkowe wykłady dla nauczycieli, a czyż dla lekarzy nie są one równie potrzebne? Który lekarz, opuściwszy Uniwersytet z dyplomem doktora wszech nauk lekarskich, umie higijenę? A przecież lekarz potrzebuje jéj i więcéj i częściéj niż nauczyciel. Konieczność nas wprawdzie po ukończonych studyjach pędzi do podręczników higijeny, pracowni jednak nie każdy sobie urządzić zdoła, a przecież higijena jest na wskróś nauką opartą na doświadczeniu. Nietylko zatém dla kandydatów do stanu nauczycielskiego, ale i dla słuchaczów medycyny, musimy żądać obowiązkowych wykładów higijeny połączonych ze ścisłym egzaminem z téj nauki.

Wiem wprawdzie dobrze, że nietylko powyższe uwagi, lecz nawet o wiele skromniejsze życzenia memoryjału długo jeszcze pozostaną uwagami i życzeniami, gdyż społeczeństwo nasze nie dość jeszcze jest przygotowane, aby mogło dokładnie ocenić doniosłość higijeny dla dobrobytu ogółu, lecz sądzę, że jest naszym obowiązkiem tak długo nalegać, nawoływać i pouczać, aż słowa nasze staną się czynem z korzyścią dla kraju, którego jesteśmy synami.

VII. Zjazd chirurgów niemieckich w Berlinie.

Sprawozdanie Dra **Rydygiera**.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 18).

III dzień Zjazdu.

a) Posiedzenie przedpołudniowe.

1. Martin (z Berlina) przedstawia chore z wyciętemi szczęśliwie nerkami ruchomemi i wyciętą macicą.

2. Madelung (z Bony). O zeszywaniu i wycinaniu kiszek. Przedkłada on liczne preparaty i zaleca szew podobny do szwu Gussenbauera-Czernego z tą tylko różnicą, że używa cienkich skrawek chrząstki, celem dokładniejszego połączenia blaszek surowiczych i na nich szwy zawiązuje. Zaleca jedwab antyseptyczny jako materyjał do szwu.

3. Tillmanns (z Lipska). *a*) O zeszywaniu nerwów. Przytacza ze swéj praktyki kilka przypadków szczęśliwie zakończonych. *b*) Podaje jeden przypadek przetoki kałowéj do klatki piersiowéj, także z szczęśliwém zejściem. *c*) Przedkłada torbiel wycięty z jamy brzusznéj, który otrzymał po operacyi śródbrzusznego wodniaka; chory w skutek operacyi umarł.

4. Mikulicz (z Wiednia). Demonstracyja wyciętych przez Billrotha kawałków żołądka; pierwszy okaz wywołuje podziw ogólny dla swéj ogromnéj wielkości; następuje krótki opis sposobu operowania Billrotha, dokładniejsze wskazówki pozostawia M. do demonstracyi na trupie.

5. Rydygier demonstruje swe preparaty otrzymane po resekcyi częściowéj żołądka, a zrzekając się demonstracyi na trupie ze względu na spóźnioną porę podaje swój sposób operowania. (Cały wykład prześlę później szan. Redakcyi. *Sprawozd.*)

Po tém nastąpiła w sali obdukcyjnéj kliniki Langenbecka Mikulicza demonstracyja sposobu operowania Billrotha, podług którego postępował przy resekcyi żołądka, po któréj i ja na powtórne zawezwanie na tymże trupie pokrótce pokazałem swój sposób operowania.

b) Posiedzenie popołudniowe.

1. Hueter (z Gryfii). O wypiłowaniu stawu skokowego za pomocą cięcia przedniego poprzecznego. Ze względu na ogólne zainteresowanie się zapaleniem gruźliczém stawów, wypowiedział H. kilka ogólnych zasad o téj sprawie, które zresztą z jego dawniejszych i nowszych prac dostatecznie są znane, a które i ja w ostatniéj swéj pracy o tym przedmiocie, jako jego uczeń, starałem się uzasadnić. Głównem zadaniem wszelkich operacyj w tém cierpieniu jest zupełne wydalenie części chorych. Z téj to przyczyny zaleca H w zapaleniu gruźliczém stawu skokowego poprzeczno-przednie cięcie, dozwalające dokładniejszego wydalenia wszystkich części stawu zajętych, niż dawniejsze cięcia boczne podłużne. Po wypiłowaniu stawu zeszywa się odpowiednie końce przeciętych ścięgien i nerwów katgutem, a w 2 przypadkach tym sposobem operowanych nastąpiło pod przeciwgnilnym opatrunkiem zrośnięcie zupełnie dokładne. Rozumie się, że przy wypiłowaniach po zranieniu trzyma się H. dawniejszego sposobu operowania.

2. Koenig (z Gietyngi). O wczesnych wypiłowaniach w zapaleniu stawów gruźliczém. W ogóle K. jest obecnie cokolwiek skłonniejszy przyznać wypiłowaniom wpływ zbawienny na ogólny stan zdrowia, niż przed rokiem, a tém samém zbliża się do stanowiska przemnie zajętego, którego broniłem — jak się zdaje z dobrym skutkiem — przeciwko niemu w méj rozprawie o tym przedmiocie (zob. Przegl. Lek. i Deut. Z. f. Chir.) W dyskusyi nader ożywionéj nie przyszło do ogólnego porozumienia w téj sprawie. (Dok. n.)

VIII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij W tygodniu 15 (do 9 kwietnia) ospa w Londynie bardziéj się rozszerzyła Świeżo zapadło 224, umarło 72, leczyło się w szpitalach 998. W Wiedniu umarło 33, w Paryżu 37, w Warszawie, Aleksandryi i Maladze po 4, w Pradze 2, w niektórych innych większych miastach po 1. W Madrasie rozszerzyła się ospa przy końcu lutego także bardzo znacznie. Z duru brzusznego umarło mniéj w Paryżu i Bazylei. Z duru osutkowego umarło w Warszawie 3, w Walencyi i Murcyi po 2. W tygodniu 16 (do 16 kwietnia) umarło w Krakowie: 5 z ospy, 2 z odry, 2 z płonicy, 2 z gorączki połogowéj, 1 z zimnicy, a doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku ospianki, 4 odry, 2 płonicy, 1 błonicy, 25 duru osutkowego, 4 duru brzusznego, 1 róży.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 15 (do 9 kwietnia) umarło na 1000 mieszkańców i na rok w Krakowie 37,2; we Lwowie 32,4; w Poznaniu 29,5; w Wiedniu 34,6; w Budapeszcie 37,8; w Pradze 42,6; w Tryjeście 38,9; w Berlinie 24,8; Wrocławiu 34,7; w Gdańsku 28,0: w Mnichowie 35,7; w Dreźnie 23,8; w Lipsku 22,0; w Genewie 21,8; w Brukseli 25,5; w Amsterdamie 30,3; w Hadze 31,3; w Paryżu 29,7; w Londynie 21,6; w Kopenhadze 25,4; w Stokholmie 30,3; w Odesie 26,2; w Wenecyi 25,5; w Bukareszcie 22,8; w Madrycie 22,6; w Barcelonie 29,4; w Lizbonie 15,2; w Aleksandryi 36,1; w Nowym Yorku 32,4; w Filadelfii 24,5; w Bombayju 31,5; w Madrasie 48,5. *J. B.*

IX. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 4 maja. *Gazeta Lekarska* donosi, że w ubiegłym tygodniu bawił w Warszawie Dr. Jordan, docent Uniw.

Jagiell. i Prezes Tow. lek. krak. i że lekarze tameczni przyjmowali gościa kolacyją, podczas której nastąpiła serdeczna wymiana myśli w różnych kwestyjach lekarskich. Zaszczyt, który spotkał w Warszawie tegorocznego przewodnika Towarzystwa lek. krak., spływa têm samêm i na Towarzystwo nasze, a nam wypada podziękować kollegom warszawskim za ich życzliwość oraz zapewnić ich o zupełnéj wzajemności z naszéj strony. Mając przedewszystkiém dobro piśmiennictwa naszego na oku, pragnęlibyśmy, aby stosunki z kollegami warszawskimi stały się coraz ściślejszemi, i aby wymiana myśli mogła znaleść wyraz i w czasopismach lekarskich.

* W dnia 3 bm. odbyło się nadzwyczajne Zgromadzenie ogólne członków Stowarzyszenia do wydawnictwa dzieł lekarskich polskich, na którém Przewodniczący prof. Korczyński oddał cześć pamięci i podniósł zasługi zmarłego wiceprezesa prof. Janikowskiego. Wiceprezesem wybrano jednogłośnie prof. Dra Oettingera.

* Dopóki łaskawy *Jupiter pluvius* nie wyręczy Magistratu naszego, byłoby bardzo wskazaném, aby organa ostatniego zechciały opiekować się kurzawą, która nam się już mocno daje we znaki, a przedewszystkiém na plantacyjach. Słusznie zwracają panie nasze uwagę ojców miasta i urzędu zdrowia, że tego roku nie można obwiniać ich długich sukni, jeżeli tumany kurzu w wysokim stopniu zmniejszają przyjemność przechadzek majowych.

* **Wiedeń.** *W. med. Presse* podaje wykład a raczéj mowę wstępną prof. Alberta, poświęconą prawie wyłącznie pamięci prof. Dumreichera. W mowie téj Albert wspomina w sposób bardzo zaszczytny i o naszym Dietlu a dowiadujemy się, że w r. 1846 prezesem sekcyi patologicznéj Towarzystwa lek. wiedeńskiego był Rokitańsky, wiceprezesem Hyrtl, pierwszym sekretarzem Dumreicher a drugim Dietl.

Prof. Schrötter na własne żądanie przeniesiony został jako prymaryjusz ze szpitalu Rudolfa do szpitala powszechnego, a miejsce jego zajął Dr. Hein.

Prof. Heschl dla słabości w półroczu bieżącém wykładać nie będzie: zastępstwo objął asystent jego Dr. Zemann

Wiadomości osobowe. Starszy lekarz sztabowy 2giéj kl. Dr. Wolfgang Derblich (galicyjanin), kierownik szpitala garnizonowego Nr. 11 w Pradze czeskiéj, mianowany został starszym lekarzem sztabowym 1széj kl. — Starszymi lekarzami w armii czynnéj zamianowani zostali Drowie: Jan Pawlików we Lwowie, Dyjonizy Biliński w 75 pułku piechoty, Teofil Hankiewicz w 3 pułku ułanów i Emil Kozłowski w 13 pułku piechoty.

P. Zygmunt Dyhdalewicz, rodem z Krakowca, otrzymał stopień doktora w. n. lek. w Uniw. Jagiell.

* **Nekrologija.** D. 23 kwietnia umarł nagle śród posiedzenia Senatu akademickiego dziekan Wydziału lek. w Budapeszcie Dr. Rupp, profesor medycyny sądowéj, licząc lat 73. (Wykładał on od r. 1845, w r. 1867 był rektorem Uniwersytetu, od lat trzech prezesem Rady sanitarnéj krajowéj a przez ostatnich lat 14 bez przerwy dziekanem Wydziału lek.) *(W. m. Bl.)*

D. 5 bm. umarł w Krakowie z zapalenia płuc Dr. Erazm Majewski, członek Tow. lek. warsz. i b. tegoż sekretarz oraz członek czynny Tow. lek. krak. w 62 roku życia. (Śp Dr. Majewski urodził się w Jędrzejowie w Król. Polskiém, praktykował przez długi czas w Warszawie, a od lat kilku osiadł był w Krakowie).

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 18: Skórczewskiego: Bóle głowy, ich przyczyny, rozwój i leczenie (c. d.); Kahla: Rany wywołane bezpośrednim działaniem dynamitu. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 18: Jasińskiego: Róża zbawienna; Korniłowicza: Przyczynek do wpływu leczniczego ostrych cierpień gorączkowych na choroby umysłowe (dok.); Matlakowskiego: Obecne stanowisko metody Listerowskiéj (c. d.)

Redakcyja otrzymała:
Iwonicz, Zakład zdrojowo kąpielowy. (Podręcznik dla podróżujących). Jasło 1881, in 8vo str. 13 (autorem jest Dr. Adam Świrski).

Piśmiennictwo lekarskie. JAMAIN et TERRIER. Manuel de pathologie et de clinique chirurgicale. 3 éd. T. II, 2 et dern. Fasc. 18. Paris, Germer Baillière. Fr. 4.

JENSEN W. Ueber die Vivisection, ihre Gegner u. Herrn Richard Wagner. gr. 8. Stuttgart, Levy et Müller. M. 75.

KASSOWITZ M. Die normale Ossification u. die Erkrankgn. d. Knochensystems bei Rhachitis u. hereditärer Syphilis. 1 Thl. Mit 13 lith. Tfln. gr. 8. Wien. Braumüller. M. 10.

KEHRER F. A. Lehrbuch der Geburtshilfe f. Hebammen. Mit Holzschn. 3 Abthlgn. gr. 8. Giessen. Roth. M. 6.

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak. odbędzie we czwartek dn. 12go maja o godz. 5 po południu w sali Akademii Umiejętności posiedzenie, na którém kol. Lutostański przedstawi rzecz: O hydrografii okolic Krakowa.

Sprostowanie. W Nrze 18 Przegl. Lek. na str. 241 szp. 2giéj wiersz z góry 11 zamiast: Pazawów i Pazawa ma być: Parawów i Parawa. — Na str. 242, w szp. 2giéj wiersz od góry 20 zamiast: klimatyczno-porównawczy powinno być: „kliniczno-porównawczy.“

Do Nru dzisiejszego dołącza się broszurka: O Żegiestowie.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcl a

Przegląd Lekarski wychodzi co sobotę w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Ulica Podwale Nr. 84.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuję: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Boulv. Voltaire 180, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe. w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 14 maja 1881. № 20. Rok XX.

I. Z kliniki chirurgicznéj Prof. Bryka.

Przyczynek do kazuistyki chorób chirurgicznych przewodu pokarmowego.

Opracował Dr. Schramm.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 19).

Przez utworzoną przetokę wlano do żołądka przez mały lejek kilka łyżek wina, następnie przetokę pokryto kawałkiem silku i watą salicylową, którą przytrzymano za pomocą dwóch chustek trójkątnych. Chory po ocuceniu się z uśpienia czuje się zupełnie dobrze. Przez całe popołudnie zupełnie swobodny, nie skarży się na żadne bóle z wyjątkiem małego kłucia w ranie, występującego przy każdorazowym kaszlu. Co godzina wlewano do żołądka po kilka łyżek wina lub rosołu naprzemian. Wieczorem ciepłota 36·4° C., tętno 72. Koło godziny 8 wziął do ust cokolwiek wody w celu ugaszenia pragnienia i wodę tę miał przełknąć; w pół godziny potém podano mu proszek morfinowy, rozpuszczony w wodzie, który również przełknął bez znacznych trudności. Noc przespał spokojnie.

9/4 Chory zupełnie swobodny, chwali sobie swój stan, czuje się znacznie silniejszym niż przed operacyją, bólu żadnego nie ma. Podano mu nieco wina w szklance, które w naszéj obecności przełknął dosyć swobodnie, również przełknął kilka łyżek mleka, lecz przy ostatku nastąpiło krztuszenie się a wśród tego wróciło nieco mleka wraz z gęstym śluzem. Przez cały dzień chory swobodny, bólów nie ma żadnych, prócz lekkiego kłucia w ranie przy kaszlu. Co godzina wlewano przez przetokę do żołądka wino, rosół lub mleko. Nadto próbuje chory ciągle przełykać po odrobinie wina lub wody, które jednak zaraz wracają na zewnątrz. Wieczorem ciepłota 37·5° C., tętno 76. Noc spokojna.

12/4. Ciepłota 37·2°C. Chory swobodny, nieco więcéj osłabiony, skarży się na uczucie rozdęcia i bóle kłujące w górnéj części brzucha. Brzegi rany nieco obrzmiałe, zaczerwienione, szwy głębokie mocno się wrzynają, błona śluzowa żołądka przy brzegu przetoki sinawa. Brzuch wklęsły, miękki, przy ucisku w okolicy kiszki ślepéj i zagięcia esowatego miernie bolesny. Wypuk wykazuje mierne stłumienie nad S rzymskiém, zresztą na całym brzuchu odgłos bębenkowy. Przez cały dzień chory spokojny, otrzymał 3 szklanki rosołu z wyciągiem mięsnym, szklankę wina, a koło godziny 6 wieczorem spożył kotlet siekany w ten sposób, że kawałki jego chory żuł w ustach a następnie kęsy te wkładano do żołądka przez przetokę. Ciepłota wieczorem 39·2°C., tętno 84 dość silne i pełne. Noc spokojna.

11/4 Ciepłota 37·7°C., tętno 76 pełniejsze niż przed operacyją, chory swobodny, czuje się dosyć silnym, nie skarży się na żadne dolegliwości. Opaski na brzuchu przesiąkłe cieczą kwaśną, na silku pokrywającym przetokę dość znaczna ilość kawałeczków mięsa, które przy ruchach chorego i przy kaszlu wydobyły się z żołądka. Brzegi rany cokolwiek obrzmiałe, skóra wciągnięta na wewnątrz, błony śluzowéj żołądka prawie nie widać. Szwy mocno się wrzynają, koło dolnego brzegu rany skóra mocno zaczerwieniona z powodu drażnienia przez ciecze wydobywające się z żołądka.

Brzuch wklęsły, miękki, przy ucisku niebolesny. Chory robi ciągle próby połykania małych ilości wina lub wody, które jednak wśród krztuszenia się wracają nazad do ust. Okłady ciepłe na brzuch, jakie chory dostał zaraz po operacyi, stosuje się daléj. Przez dzień karmiono go jak dni poprzednich. Wieczorem ciepłota 38·8° C. W nocy nie spał z powodu dręczących go nudności, czuł przelewanie się kału w jelitach i kilkakrotne parcie na stolec, nie oddał jednak ani kału ani wiatrów.

12/4. Ciepłota 37·8°C., tętno 96 słabsze niż było wczoraj. Chory czuje się więcéj osłabiony. Obrzęk na szyi tych samych rozmiarów co poprzednio. Opaski przemokłe cieczą kwaśną. Brzuch wklęsły, miękki, niebolesny. Rana wygląda jak dnia poprzedniego. Błona śluzowa żołądka, do którego z pomocą zwierciadła można zajrzeć dosyć głęboko, nieobrzmiała, miernie zaczerwieniona i poukładana we fałdy. Z górnego brzegu rany wyjęto 2 szwy głębokie. W celu ułatwienia stolca zastosowano enemę z olejkiem rącznikowym.

Przez dzień spożył chory 2 kotlety, szklankę mleka z grysikiem, 2 szklanki rosołu z wyciągiem mięsnym i szklankę wina. Wieczorem ciepłota 38·4° C., tętno 98. Noc spokojna.

13/4. Ciepłota 36 5°C., tętno 94 dość silne. Chory swobodny, czuje się zupełnie syty. Stolca nie było już od dni 13. Brzuch wklęsły miękki, niebolesny, nad kiszką ślepą czuć kał zbity. Zaczerwienienie wypryskowe koło brzegów przetoki przysypuje się proszkiem skrobi z kwasem salicylowym. Żywienie jak wczoraj; z podanych potraw tylko część bardzo nieznaczna wylewa się przez przetokę napowrót. Wieczorem cieplota 38°C. Noc spokojna.

14/4 Ciepłota 36 5°C., o godzinie 11 rano 38·1°C., tętno słabe 90 na m. Chory skarży się na osłabienie i dreszczyki, zresztą nie ma żadnych dolegliwości z wyjątkiem uczucia suchości w ustach, przeciw któremu polecono pigułki z lodu, nadto wlewano wodę Gieshübelską do żołądka. Wieczorem ciepłota 38·8°C. W nocy chory nie spał z powodu dość silnych bólów w brzuchu, które dokuczały mu także następnego dnia rano.

15/4. Ciepłota 38 4° C., tętno 102 słabe. Wyraz twarzy cierpiący, zapad dość znaczny, brzuch wklęsły, miękki, przy ucisku miernie bolesny, nad S rzymskiém czuć kał zbity. Przy oglądaniu przetoki okazało się, że brzegi rany, w miejscu gdzie wczoraj wyjęto szew metalowy, rozeszły się, a brzegi ściany żołądka odlepiły się od ściany brzusznéj w rozległości blizko ½ cm. W głębi powstałéj w ten sposób szczeliny nie widać jelit, owszem zdaje się, że dno jéj tworzą zrosty między dalszą częścią żołądka a ścianą brzuszną. Odstającą część ściany żołądka przymocowano na nowo do przetok brzusznych jednym szwem jedwabnym. Posilono chorego przez wlanie kilku łyżek wina do żołądka, następnie zastosowano enemę z soli i olejku rącznikowego. W kilka minut potém nastąpił stolec, a po godzinie drugi. Kal był mocno zbity, szarawo-żółty. Siły chorego podupadały coraz bardziéj mimo podawania mu wina, a o godzinie 11 w nocy, zatem w 7 i pół doby po operacyi, umarł chory wśród wzmagającego się zapadu

Protokół sekcyi, w 12 godzin po śmierci wykonanéj przez Dra Piska, opiewa jak następuje:

Skóra blada, podściółka tłuszczowa licha, czaszka symetryczna, opona twarda gładka, połyskująca, w zatokach świeże skrzepy krwi; opony miękkie przeświecające, cienkie; naczynia żylne dość znacznie krwią rozdęte. Zwoje mózgowe wydatne, rowki międzyzwojowe głębokie, kora na przekroju ciemno-szara, wyraźnie od części rdzeniowéj odgraniczona, w istocie rdzeniowéj dość liczne przecięcia drobnych naczyń. Komórki mózgowe rozmiarów prawidłowych, wyściółka blada, sploty naczyniowe różowawe. Płuca oba miejscami poprzyrastane do ścian klatki piersiowéj; opłucna prawego płuca w połowie dolnéj powleczona strzępami świeżéj wypociny włóknikowéj, przez nią przeświecają żółtawe ogniska wśród miąższu. Płat górny i średni płuca prawego zalewają się na przekroju obficie pienistą krwawą cieczą i wszędzie zawierają powietrze, płat dolny zbitszy okazuje na przekroju liczne, miejscami dość rozległe, ogniska brunatnawe, częścią szaro-żółtawe, ziarniste, wydzielające za uciskiem nieco mętnéj lepkiéj cieczy, przytém są kruche i bezpowietrzne. Tuż pod opłucną w pobliżu szczytu płatu dolnego w tyle przechodzi ognisko takie w miąższ, zamieniony na przestrzeni 2 do 3 cm na miazgę żółtawą rozmiękłą. Płuco lewe na brzegach nieco nadmiernie powietrzem rozdęte; miąższ zalewa się obficie pienistą krwawą cieczą, wszędzie zawiera powietrze. Gruczoły oskrzelowe nieco powiększone, szarawe, zbite. Serce rozmiarów prawidłowych, mięsień blady, wiotki, śródsierdzie i zastawki prawidłowe. W jamie brzusznéj po jéj otwarciu nie widać żadnéj płynnéj wypociny. Górna powierzchnia lewego płatu wątroby pokryta cieniutką warstwą świeżéj wypociny włóknikowéj. Również i otrzewna w okolicy odźwiernikowéj żołądka powleczona cienkim pokładem takiéj saméj wypociny. Pętle jelita cienkiego okazują połyskującą gładką powierzchnię, miejscami tylko powleczone cieniutką warstwą krwi skrzepłéj, pod którą otrzewna jest zupełnie prawidłowa. Rozmiary wątroby prawidłowe, torebka jest cienka. Miąższ wątroby nieznacznie stłuszczony i przekrwiony. Pęcherzyk żółciowy zawiera nieco gęstawéj ciemno-zielonéj żółci. Śledziona mała, torebka na znacznéj przestrzeni okazuje chrząstkowate białawe zgrubienie; miąższ na przekroju zbity, twardy. Nerki obie, prócz miernego przekrwienia i stłuszczenia, nie okazują zmian żadnych. Na 3cm. powyżéj rozdziału tchawicy znajduje się znaczne zwężenie przełyku, 3cm. długie, powstałe skutkiem zgrubienia ścian przełyku i nacieczenia ich masą twardą niepodatną. Powyżéj przełyk miernie worczasto rozszerzony. Zwykły zgłębnik przechodzi przez miejsce zwężone. Za nacięciem widać błonę śluzową nierówną guzkowatą, miejscami łupkowo-szarą a w przeważnéj części pokrytą warstwą wypociny brudno-szaréj, strzępiastéj. Nacięcie głębsze wykazuje rozległy naciek całéj ściany przełyku, twardy, białawy, obejmujący i bezpośrednio otaczającą tkankę łączną a nawet odpowiednią część więzadła podłużnego przedniego kręgów, z którém silnie jest zrośnięty, kręgi jednak prawidłowe. Gruczoły nadobojczykowe prawe powiększone tworzą nierówny guzowaty zwój na 4 do 5cm. długi, podchodzący pod obojczyk, na przekroju stanowiące jednolitą różowawą lub białą, twardą masę, która okazuje gdzie niegdzie nawet drobne żółtawe, rozmiękające ogniska. W ścianie brzusznéj, tuż pod lewym łukiem żebrowym, od 9 żebra ku wyrostkowi mieczykowatemu, znajduje się rana linijowa, któréj brzegi w połowie odstają od siebie na 3cm., w kątach przednim i tylnym spojone szwami metalowemi. Do brzegów rany przymocowany jest szwami jedwabnemi żołądek, którego ściana przednia w połowie swéj wysokości w okolicy wpustu przecięta, tak iż przez otwór w skórze obejrzeć można bezpośrednio wnętrze żołądka skurczonego, pomarszczonego na swéj powierzchni wewnętrznéj. Brzegi rany w ścianie brzusznéj z brzegami cięcia w żołądku wszędzie zlepione, najsłabiéj jednak w przedniéj części rany. Błona śluzowa żołądka w bezpośredniém sąsiedztwie rany okazuje kilka wynaczynionek ciemnoczerwonych, zresztą jest zupełnie prawidłowa. Błona śluzowa jelit nie okazuje zmian żadnych w jelitach kal żółtawy, papkowaty. Ułożenie jelit grubych jest nieprawidłowe, albowiem zagięcie śledzionowe tworzy łuk sięgający wysoko ku przeponie, wchodzący między śledzionę a żołądek. Część ich zstępująca tworzy w połowie swego przebiegu również drugą pętlę wchodzącą ku górze między ramiona łuku dopiero co wzmiankowanego i utwierdzoną w tém położeniu za pomocą krótkiéj krézki, schodząc po nad promontorium wprost ku dołowi jako odbytnica. Gruczoły w jamie brzusznéj, naczynia, pęcherz i części płciowe prawidłowe.

W powyższym opisie wypada mi zwrócić uwagę na kilka ważniejszych szczegółów. Przedewszystkiém sekcyja stwierdziła to, co rozpoznano za życia chorego, wykazała bowiem jako przyczynę zwężenia przełyku znaczny naciek rakowaty w ścianach tego kanału i przerzuty w sąsiednich gruczołach limfa-

tycznych. Zwężenie to było tak znaczne, że można było przez nie przeprowadzić zaledwie cienki zgłębnik druciany; a jednak obecność tego małego otworku jest dla nas ważną, albowiem ona tłumaczy nam dziwne na pozór zjawisko, że chory nasz, który przez 5 dni przed przybyciem do kliniki nie był w stanie połknąć najmniejszéj ilości płynów, który podaną mu przed operacyją ilość mleka zwrócił natychmiast, że chory ten na drugi dzień po operacyi połykał płyny wcale swobodnie. Pochodziło to ztąd, że między rakowo zwyrodniałemi ścianami połyku znajdował się jeszcze wązki przesmyk, który zamknięty był tylko przez błonę śluzową obrzmiałą w skutek ustawicznych usiłowań połykania i drażnienia jéj przez śluz nagromadzony. Po wykonaniu operacyi chory przez czas dłuższy wstrzymywał się od wszelkich ruchów połykowych, a w skutek tego błona śluzowa nieco sklęsła, zostawiając ową wązką szczelinę otwartą i przez nią przesuwały się płyny połykane. W następnych dniach chory już nic nie mógł połykać aż do śmierci, a przy sekcyi udało się przecież przeprowadzić przez miejsce zwężone zgłębnik druciany, dla tego że błona śluzowa połyku po śmierci skurczyła się jeszcze bardziéj. Powtóre stwierdziła sekcyja, że operacyja sama nie była przyczyną śmierci chorego, gdyż oddziaływanie zapalne na otrzewny było tylko nieznaczne, ograniczone ściśle do sąsiedztwa rany, a nawet powiedziećby można, było ono mniejsze niż to było pożądane, gdyż zrosty za pomocą których żołądek powinien zostać przytwierdzony do ściany brzusznéj były jeszcze po upływie 7 dni od czasu operacyi bardzo słabe, tak że nawet na dzień przed śmiercią odczepiła się mała część ściany żołądka od ściany brzusznéj, nie wywoławszy jednak przez to żadnych złych następstw. Wreszcie owa odrobina krwi, którą pętle jelit cienkich były miejscami powleczone, dostać się musiała do jamy brzusznéj przy operacyi, przy któréj, jak to wyżéj wspomniano, krwotok był dość uporczywy, jednak krew ta nie stała się bodźcem zapalnym. Ważną także jest i ta okoliczność, że tak w jelitach cienkich jak i grubych znajdowała się dość znaczna ilość prawidłowego kału, żaden z narządów wewnętrznych nie był niedokrewny, można więc twierdzić z wszelką pewnością, że odżywienie chorego przez przetokę żołądkową było zupełnie dostateczne i że głód nie był przyczyną śmierci naszego chorego. Podnieść mi także wypada i ten szczegół, że na błonie śluzowéj żołądka, za życia chorego czerwonéj, nie znaleziono przy sekcyi, prócz kilku wynaczynionek w samém sąsiedztwie rany, żadnych zmian, mimo że wnętrze żołądka było przy częstém karmieniu chorego przez obszerną przetokę narażone na bezpośrednie działanie powietrza zewnętrznego. Zdaje się więc, że wpływ ten nie jest tak szkodliwy, jak się tego obawiają niektórzy autorowie. Sekcyja wreszcie tłumaczy nam ową trudność znalezienia żołądka przy operacyi. Kiszki grube bowiem były nieprawidłowo ułożone, a zagięcie ich śledzionowe sięgało wysoko między śledzionę a żołądek, który był zupełnie skurczony i przez jelito grube wyparty ze zwykłego położenia.

Jedyną zatém przyczyną śmierci operowanego było zrazikowe zapalenie płuc, którego wystąpienie łatwo pojąć, zważywszy, że chory nasz liczył lat 70 i w skutek głodzenia się przed operacyją znacznie był osłabiony. Więcéj niż prawdopodobném jest jednak, że do wystąpienia tego powikłania przyczyniły się także ciała obce, które przy częstych usiłowaniach chorego przełykania płynów i przy wracaniu się tychże do ust mogły się dostać do płuc, tém bardziéj, że chory osłabiony i doznający bólu w ranie przy każdém silniejszém działaniu tłoczni brzusznéj, nie mógł dostatecznie odkrztuszać. Za przypuszczeniem tém przemawia i ta okoliczność, że zajęte było tylko płuco prawe, i że niektóre z ognisk zapalnych przechodziły w zgorzel, co jest prawie stałym objawem przy zapaleniu płuc z ciał obcych pochodzącém.

(Ciąg dalszy nastąpi)

II. Kilka uwag o hipochondryi.

Napisał **Dr. Maks. Gumplowicz.**
Lekarz zakładu w Weidlingau.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 19.)

Nierównie ważniejszym ze względów praktycznych byłby zarzut, że hipochondryja może być wyrazem daleko cięższych chorób mianowicie układu nerwowego. Zdarzyć się zapewne może, że ciężka jaka choroba organizmu w zarodkach swoich i początkowym rozwoju działa już silnie i że tak powiemy bezwiednie na umysł chorego i wyraża się w jego myśli i mowie, nim jeszcze takie wywołała objawy, po którychby można ją rozpoznać. Sam znałem chorego, który przez dwa lata przez znakomitych lekarzy uważanym był za hipochondra, aż się wreszcie objawiła *paralysis glosso-labio-laryngea;* w takich jednak razach nie może być mowy o hipochondryi, lecz tylko o mylném rozpoznaniu. Nierównie częściéj hipochondryja bywa zwiastunką albo już nawet pierwszym wyrazem chorób mózgowych, prowadzących do ciężkich form obłąkania. Wiadomo np., że t. zw. pomięszanie częściowe *(partielle Verrücktheit)* często bardzo w pierwszym okresie objawia się w kształcie hipochondryi, która w takim razie zwykle jest dalszym wynikiem złudzeń zmysłowych i halucynacyj. W takich przypadkach, gdzie mamy przed sobą cięższe, dziedziczne lub nabyte upośledzenie wyższych władz umysłowych, hipochondryja mniéj ważną odgrywa rolę; a podobnie jak w cięższych chorobach oka, którym towarzyszy nieżyt spojówki, jako rozpoznanie wymieniamy odpowiednią właściwą chorobę nie zaś „conjunctivitis,“ podobnie wspomnione przypadki hipochondryi, że się tak wyrazimy, sympatycznéj, nie możemy zaliczyć do hipochondryi w tém znaczeniu, w jakiém ją zwykle pojmujemy, zwłaszcza że rozróżnienie takie jest praktycznie ważném ze względu na rokowanie i na terapiję.

Określiwszy w powyższy sposób pojęcie kliniczne hipochondryi wypada nam zająć się pytaniem, jakiego rodzaju są zboczenia psycho-patologiczne, których ostatecznym wynikiem są właśnie wskazane objawy kliniczne i o ile zboczenia te dadzą się bliżéj umiejscowić. Występujemy tu wprawdzie już po za właściwy obręb ściśle przedmiotowéj obserwacyi klinicznéj i wkraczamy w dziedzinę rozumowań psychopatologicznych, jednak w tym zakresie opieramy się po większéj części na zjawiskach i twierdzeniach tak znanych i powszechnie uznawanych, że nie ma powodu pomijać milczeniem tak ważnéj strony téj kwestyi.

Opieramy się mianowicie na wiadomości, jaką posiadamy o znaczeniu i o właściwéj funkcyi kory mózgowéj. Nie wchodząc oczywiście bliżéj w przedmiot tak ogromnych rozmiarów, dotkniemy go w tém miejscu tylko o tyle, o ile to nam potrzebném jest do uzasadnienia poglądów naszych co do hipochondryi. Wiadomo, że starodawne twierdzenie o funkcyi psychicznéj mózgu obecnie o tyle jest ścieśnioném i bliżéj umiejscowioném, że tylko istocie szaréj kory mózgowéj

przypisujemy właściwe czynności psychiczne, tj. czucie, myślenie i wolę. Wiadomo dalej, że nowsze prace anatomiczne i doświadczalne w trojakim kierunku rozszerzyły nieco szczupłe wiadomości nasze w tym przedmiocie. Znane prace anatomiczne Meynerta przyczyniły się nie mało do uzmysłowienia nam, w jaki sposób właściwa budowa kory mózgowej czyni ją udatną do tworzenia podścieliny materyjalnej funkcyi myślenia, tj. przyjmowania wyobrażeń, łączenia ich i tworzenia „sądów“ [1]. Nowsze prace Munka [2]) drogą doświadczalną—o ile to u zwierząt jest możebném—wykazały istnienie ośrodków psychicznej funkcyi czucia w części tyłogłowowéj kory mózgowéj *(psychosensorische Centra)*. Wreszcie słynne prace Hitziga, Ferriera i innych wykryły w przednich działach kory siedzibę ośrodków psychomotorycznych, które, stosując tu pojęcia psychologiczne, niczém inném być nie mogą, jak tylko ośrodkami świadoméj „woli.“

Prócz tych właściwych i samodzielnych czynności psychicznych przypisujemy korze mózgowéj jeszcze własność ośrodka hamującego (*Hemmungs-Centrum*) względem innych ośrodków nerwowych. Pierwotna teoryja Seczenowa o ośrodkach hamujących, oparta na doświadczeniach na żabach wykonanych, przez późniejsze doświadczenia na zwierzętach ssących i przez doświadczenia kliniczne o tyle została zmienioną w zastósowaniu do człowieka, że tylko korę mózgową uważamy za ośrodek hamujący. Na poparcie tego zdania przytoczymy tylko kilka najbardziéj znanych faktów. Wiemy, że przez silną świadomą wolę jesteśmy w stanie wstrzymać zupełnie wiele odruchów, że natomiast w objawie psychologicznym „gniewu,“ wystąpienie silnych „niepohamowanych“ odruchów łączy się z niejakiém zmniejszeniem świadomości—nie mówiąc już o odruchach w padaczce; wiemy, że przy natężoném myśleniu „nie widzimy i nie słyszymy“ tego, co się w około nas dzieje, gdy na odwrót przy upośledzeniu czynności umysłowéj w skutek zmęczenia lub w gorączce najłatwiéj występują złudzenia i halucynacyje.

Na podstawie tych wiadomości o funkcyjach kory mózgowéj Meynert [3]) starał się wyjaśnić i bliżéj umiejscowić jeden z głównych objawów hipochondryi — wspólny zresztą i histeryi i innym rodzajom zboczeń psychicznych — mianowicie tak zwaną „słabość pobudliwą“ [4]), tj. taki sposób szczególny oddziaływania narządu nerwowego, w którym słabe stosunkowo podniety wywołują prędkie i silne oddziaływanie, po czém jednak następuje stosunkowo zbyt wielkie osłabienie ośrodków nerwowych. Meynert tłumaczy ten stan przez osłabienie energii funkcyjonalnéj kory mózgowéj w skutek czego utraca ona swoją władzę hamującą w obec objawów nerwowych, powstałych w innych częściach narządu nerwowego. Takim sposobem „słabość“ byłaby umiejscowioną w korze mózgowéj, „pobudliwość“ zaś w ośrodkach podkorowych *(centra infracorticalia)* i w drogach do nich prowadzących. Sposób zatém oddziaływania narządu nerwowego w hipochondryi, który dał powód do dawnéj nazwy: *„hyperaesthesia psychica“* polegałby na osłabieniu funkcyjonalném kory mózgowéj, a mianowicie jéj władzy hamującéj. Gdy zaś mimo tego osłabienia właściwa czynność kory mózgowéj, tj. loiczne łączenie myśli, w hipochondryi nie bywa naruszone, zachowanie się takie Meynert usiłuje wytłumaczyć przez przypuszczenie, wprawdzie dowolne ale nie sprzeczne z faktami, że sprawa prawidłowego łączenia myśli nie wymaga tak wysokiego stopnia siły żywotnéj jak działanie hamujące, że zatém przy lżejszém upośledzeniu czynności mózgowéj władza hamowania może być nadwerężoną mimo nietkniętéj funkcyi myślenia. Przyjmując w ogóle ten sposób tłumaczenia, a mianowicie i umiejscowienia, do jakiego zresztą już inni autorowie przed Meynertem zdążali, musimy jednak w szczegółowém uwzględnieniu hipochondryi uczynić pewne zastrzeżenia i wskazać obok objawu fizyjologicznego „hamowania“ jeszcze inny fakt z dziedziny psychofizyjologii. Sprawę „hamowania“ w tém znaczeniu, jakie się pierwotnie wyrobiło na podstawie doświadczeń Seczenowa, tj. w znaczeniu hamowania odruchów rdzeniowych przez czynność mózgową, wyobrażamy sobie zwykle jako rodzaj rzeczywistego przeciwdziałania lub jako zjawisko „interferencyi“ w znaczeniu fizyczném. Przypisując drogom nerwowym własność przewodnictwa w dwóch kierunkach: w dośrodkowym i odśrodkowym, uważamy zjawisko hamowania za wynik dwóch prądów przeciwnych działających na ośrodki podkorowe, z których jeden pochodzi od kończyn nerwów obwodowych, drugi ze strony kory mózgowéj. Tak pojmując sprawę hamowania możemy najlepiéj wytłumaczyć skorość do odruchów w histeryi przez ubytek władzy hamującéj mózgu, możemy w ten sposób wytłumaczyć niektóre zjawiska hipochondryi, jak np. niespokojną ruchliwość hipochondrów przy lada przykrém uczuciu lub wrażeniu.

Są jednak i inne objawy hipochondryi, które w ten sposób wytłumaczyć się nie dadzą. Zaliczamy tu pewien stopień lenistwa umysłowego i brak silnéj woli. Widocznie brak silnéj woli nie jest wynikiem ubytku władzy hamującéj, który ubytek owszem, jak nam to zjawisko „gniewu“ przedstawia, wywołuje energiczne działanie na zewnątrz, lecz sam przez się, tak samo jak lenistwo umysłu, objawem osłabienia właściwéj funkcyi kory mózgowéj. To jednak osłabienie w hipochondryi nie jest zjawiskiem pierwotném, jak to nam wskazują przypadki rozwoju hipochondryi w skutek zboczeń organicznych przy zupełnie zdrowym i silnym umyśle, jest ono raczéj zjawiskiem następowém, wywołaném przez poprzedzające zaburzenia w innych narządach ustroju. Dla zrozumienia zachodzącego tu stosunku przyczynowego musimy zwrócić uwagę swoją na zachowanie się względem siebie różnych czynności kory mózgowéj. Wspomnieliśmy, że w korze mózgowéj, prócz właściwych ośrodków myślenia (łączenia myśli i tworzenia „sądu“) umiejscowione są jeszcze ośrodki psycho-senzoryczne (Munk) i psychomotoryczne (Hitzig, Ferrier). Wzajemny stosunek tych ośrodków zdradzają nam poniekąd pewne objawy psychologiczne. Wiemy, że gdy na nas działają silne, a zwłaszcza niezwykłe, wrażenia zewnętrzne, jak np. hałas, turkot, trzęsienie powozu podczas jazdy itd., skupienie i natężenie myśli jest wielce utrudnioném, toż samo ma miejsce, gdy jesteśmy zajęci silniejszą pracą mechaniczną, np. podczas ćwiczeń gimnastycznych. Jeżeli sobie tu przypomnimy, że na odwrót przy natężoném myśleniu lżejsze wrażenia zewnętrzne uchodzą naszéj uwagi, że chodząc w zamyśleniu mimo woli nieraz stajemy w miejscu itd., stosunek wzajemny ośrodków korowych w inném się nam przedstawia świetle, niż stosunek wzajemny tychże ośrodków do ośrodków podkorowych. Nie mamy tu do czynienia z jednostronném zjawiskiem hamowa-

[1]) Ob. Meynert. Mechanik des Gehirnbaues. Wiedeń 1874.

[2]) Munk. Gesamm. Abhandlungen. Berlin 1880.

[3]) Ueber Fortschritte in der Lehre von den psychischen Krankheitsformen. Centralblatt für Psychiatrie 1878.

[4]) Nazwa ta oczywiście nieloiczna, gdyż słabość nie może być pobudliwą; jest to tylko tłumaczenie równie nieloicznego ale ogólnie przyjętego i utartego wyrażenia niemieckiego: „reizbare Schwäche.“

nia odruchów, lecz mamy przed sobą wzajemną zależność, która nam wskazuje pewną wspólność funkcyjonalną różnych ośrodków korowych. Uważając korę mózgową za jedną całość funkcyjonalną, któraby odpowiadała pojęciu psychologicznemu o jedności indywidualnéj, możemy czujność jéj w danéj chwili uważać za ilość stałą; im większa zatém część téj czynności przypadnie na jeden z ośrodków korowych, tém mniéj — *caeteris paribus* — pozostanie równocześnie dla innych. Im większa np. część siły żywotnéj zużytą zostanie w danym razie przez czynność ośrodków psycho-senzorycznych, tém mniéj pozostanie dla właściwego narządu myślenia i dla ośrodków woli.

Stosując te wywody do sprawy rozwoju hipochondryi, możemy powiedzieć, że pobudzenie ośrodków psychosenzorycznych przez długo trwające a niezwykłe zaburzenia w obrębie nerwów obwodowych zużywa znaczną część siły żywotnéj kory mózgowéj i staje się tak przyczyną osłabienia jej dzielności funkcyjonalnéj; osłabienie to zaś, przez ubytek władzy hamowania, zwiększa pobudliwość dróg dośrodkowych i staje się tém samém przyczyną zjawisk oznaczanych przez dawniejsze wyrazy „*hyperaesthesia psychica*“ i przez wyrazy: „słabość pobudliwa.“ Jest to zatém, jak widzimy, *circulus vitiosus.*

Opierając się na powyższych wywodach sposób działania tych warunków, jakie według doświadczeń klinicznych hipochondryję wywołują lub do niéj usposabiają, łatwo sobie wytłumaczymy.

(Dokończenie nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

Dr. Ad. Bauerertza: **Zboczenia mowy. Próba patologii mowy.** Przekład dzieła: *Die Störungen der Sprache. Versuch einer Pathologie der Sprache von Prof. Kussmaul.* Warszawa 1880. (Bibl. umiejętn. lek.), in 8vo str. 273.

Dzieło prof. Kussmaula znane jest czytelnikom naszym z recenzyi, umieszczonéj przez prof. Domańskiego w Przegl. Lek. (Nr. 14 z r. 1877). Recenzent podniósł zalety i wytknął wady dzieła a oświadczył się przeciw tłumaczeniu go na język polski, raz z powodu, że Kussmaul sam nazwał dzieło swoje próbą, a każda próba ma znaczenie przemijające, powtóre, że przetłumaczenie téj książki wymaga umiejętnego spolszczenia mnóstwa wyrazów greckich, przez autotora po największéj części nowo utworzonych, a tłumaczenie nieodpowiednie mogłoby książkę uczynić trudniejszą do zrozumienia, aniżeli jest w oryginale.

Obawa, wypowiedziana przez recenzenta, była słuszną, mimo to jednak tłumacz nie zraził się trudnością zadania i wywiązał się z niego szczęśliwie. Obrał on drogę pośrednią, nie silił się na tłumaczenie owych licznych wyrazów greckich, przeciwnie zachował nazwy obce, w części przeważnie psychologicznéj korzystał nadto z pomocy prof. filozofii Struvego i dokonał przekładu z korzyścią dla piśmiennictwa naszego. Bez przesady powiedzieć możemy, że przekład ten jest jednym z najlepszych, jakie się w ostatnich latach pojawiły; polszczyzna w ogóle jest dobrą, słownictwo bardzo do krakowskiego zbliżone, zwrotów rażących obczyzną nigdzie nie ma, a styl potoczysty sprawia, że się książkę czyta jakby oryginalnie po polsku napisaną, co zapewne stanowi największą zaletę przekładu. Małych usterków językowych nie brak, tak np. wytknąć musimy niewłaściwe użycie czasownika: „powodować,“ umieszczenie 4go przypadku po czasowniku „używać“ (str. 176) lub przypadku 2go po wyrazie „wyjąwszy“ (str. 170), „kwestyja nadal jeszcze trwać powinna“ (str. 175) itd.; daléj tłumacz nie spadkuje niektórych nazwisk obcych, jak np. pisze „leczoną była przez Charcot,“ „pozostawała w opiece Trousseau,“ niepotrzebnie natomiast dodaje innym przy spadkowaniu apostrofu, jak np. „Sanders'owi“ „Sanders'a; wreszcie razi wielka ilość pomyłek drukarskich (oprócz wykazanych). Mimo tych wad drobnych atoli przekład Dra B. pozostanie cennym nabytkiem dla piśmiennictwa naszego.

L. B.

O cięciu cesarskiem i jego metodach

napisał Dr. A. Mars
Docent położnictwa i Asystent kliniki położniczo-ginekologicznéj U. J.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr 19).

Akt 5ty i ostatni poczyna się po zupełném wypróżnieniu i dobrém skurczeniu się macicy. Rany macicy zwykle nie spajano, liczono bowiem na kurczliwość macicy, gdyż szwy na macicy po porodzie nie odpowiadają celowi, z powodu, że macica zmienia łatwo swoją objętość, a tém samém szwy raz leżeć będą wolno i rana nie będzie zespojoną, innym razem znów będą przecinać brzegi téjże. Mimo to jednak niektórzy operatorówie postępowali inaczéj i tak: Lauverjat radzi ranę w macicy szwami zespoić, Veit zaleca, aby każdą z ran macicznych osobno katgutem zeszyć, Martin starszy zeszywa ranę w macicy razem z powłokami brzusznemi, Martin młodszy zaś zaleca zakładanie szwów jedwabnych przez całą grubość macicy jako tak zwanych „*fils perdus*“. (Katgutu nie używa, gdyż mu się w dwu przypadkach rozwiązał, poczém rana macicy szeroko w swych brzegach odstawała, nadto ponieważ Routh, Breisky i Streng podobnych doświadczeń dożyli). Spencer Wells wykonał raz szew kuśnierski na macicy, którego jeden koniec zostawił w ranie, drugi zaś wypuścił przez pochwę. 19go dnia po operacyi wyciągnął szew pociągając za koniec w pochwie leżący; chora wyzdrowiała. Jeżeli operator nie zeszywa rany w macicy, powinien się wpierw zapewnić o tém: czy macica jest dobrze skurczoną i czy nie ma z rany krwotoku, poczém może dopiero przystąpić do założenia szwów. Co się tyczy kwestyi, czy otrzewna ma być szwami ujętą lub nie, zdania autorów są podzielone i tak Spencer Wells radzi ujmować otrzewną, Baker Brown zaś, Koeberle i inni omijają takową twierdząc, że szwy ujmujące otrzewnę przyczyniają się do wywołania zapalenia otrzewny. Radzono wreszcie osobne zeszycie otrzewny a osobne reszty powłok brzusznych. Najwięcéj używanym jest szew węzełkowy, który się zakłada od wewnątrz ku zewnątrz na każdym brzegu z osobna, do czego potrzeba, aby na obu końcach nici igły były ponawlekane. Szwy zakłada się w odległości 1go centymetra od brzegów rany i w odległości 2 cm. jeden od drugiego. Dobrze jest w czasie zakładania szwów ułożyć gąbkę na trzewach brzusznych, aby krew z ranek, przez igły utworzonych, do tejże ściekać mogła. Po założeniu szwów wydobywa autor gąbkę, przekonywa się jeszcze raz, czy macica dobrze skurczona i zwięzuje jeden szew za drugim, przyczém musi uważać, aby nie nastąpiło zagłębienie w ranie jelita lub sieci. W reszcie po obmyciu brzegów rany i brzucha następuje założenie opatrunku. Według dzisiejszego stanowiska nauki powinien on być przeciwgnilnym, może być zatém założony opatrunek Listera bezpośrednio na ranę operacyjną, poczém wyściela się starannie brzuch watą karbolizowaną

i przytwierdza się cały opatrunek za pomocą opaski. Najlepszą ku temu celowi opaską jest szeroki, mniéj więcéj na pół metra, kawałek flaneli, któryby można tasiemkami do niego przyszytemi na przodzie brzucha związać. Nadmienić mi tu wypada, że do ostatnich czasów radzono, aby rany w ścianie brzusznéj w całéj długości nie zespajać, tylko kąt jéj dolny zostawić otwartym i w tenże skrawek płótna założyć, aby odpływ wydzieliny umożebnić. Nadto zalecano drenowanie jamy macicy i tak zakładano albo jeden dren w górnym kącie rany, którego koniec przeprowadzano przez sztuczny otwór w zatoce Douglasa do pochwy, albo też kładziono dreny pomiędzy pojedyncze szwy wolno do jamy brzusznéj sterczące. Jeżeli operacyja tak przebiega, jak to powyż opisano, można nazwać jéj przebieg bardzo pomyślnym, zdarzają się bowiem wśród operacyi niemiłe przypadki, które wynik całéj operacyi psuć mogą, a które operator znać dokładnie powinien i na które przy każdéj operacyi przygotowanym być musi, aby, o ile to w jego mocy, mógł takowe skutecznie usunąć. Do takich niemiłych przydarzeń wśród operacyi należą:

a) przyczepienie łożyska na przedniéj ścianie macicy, które jest niemiłém raz z tego względu, że wśród operacyi powstaje znaczny krwotok, jeżeli w ranie operacyjnéj napotkamy łożysko, a powtóre, że operacyja zostaje znacznie przedłużoną i utrudnioną. Jeżeli operujący napotka w ranie operacyjnéj łożysko, musi się przedewszystkiém przekonać, czy na dnie tejże leży tylko mały odcinek łożyskowy lub też środek łożyska. W pierwszym razie należy szybko odkleić mały płat łożyskowy i dążyć daléj do części płodowych, aby którąś uchwycić i płód wydobyć. W razie drugim radzą autorzy odkleić całe łożysko i wydobyć takowe a potém dopiero przystąpić do wydobycia płodu, a to dla tego, że się przydarzało, iż po odklejeniu połowy łożyska, gdy operator płód wydobywał, odklejona część przez ranę operacyjną wypadała i objętością swą zmniejszała tak światło rany w macicy, że stanowiła przeszkodę porodową dla większych części płodowych;

b) przytrafić się może, że przy wydobywaniu płodu za nóżki albo rana operacyjna okaże się za małą, albo też brzegi jéj, skutkiem kurczenia się macicy, ściągają się na około szyi płodu tak, że główka przy zwykłém pociąganiu za nóżki nie występuje. Aby tę przeszkodę przezwyciężyć, winien operator pociągać płód w kierunku ku górze, t. j. ku głowie matki, co gdy nie wystarcza, wchodzi operator ręką około główki do macicy, chwyta główkę w dłoń i wyprowadza ją na zewnątrz. Sposoby te jednakowoż nie zawsze prowadzą do celu i dla tego w takim razie trzeba albo szybko założyć kleszcze na główkę i tym sposobem ją wydobyć, albo też rozszerzyć ranę operacyjną ku górze i ku dołowi za pomocą bistura gałkowatego;

c) przydarza się wreszcie, że, skutkiem wiotkości źle kurczącéj się macicy, obok znacznego zwykle krwotoku wypukla się przez ranę operacyjną tylna ściana macicy i grozi wynicowaniem tejże; w razie takim należy przytrzymać wypuklającą się ścianę macicy końcami palców, na około w ranie ułożonych, a równocześnie należy macicę pobudzać do skurczenia silnego, a tém samém utamować krwotok i usunąć grożące niebezpieczeństwo.

Leczenie następowe. Co się tyczy leczenia następowego to takowe musi być dwojakiém, a mianowicie raz musimy zważać na dyjetetykę połogu, a powtóre leczyć zadane rany. W razie zupełnie pomyślnego przebiegu leczenie zasadza się tylko na pilném zmienianiu opatrunku i oczyszczaniu rany operacyjnéj. W razie zaś, gdy występują jakieś powikłania chorobowe, czy to pod względem połogu lub też dotyczące rany operacyjnéj, należy rozpocząć leczenie objawowe.

Przebieg po operacyi. W przypadkach zejścia śmiertelnego do najczęstszych przyczyn śmierci należały: krwotoki podczas operacyi, krwotoki następowe, zapalenie otrzewny z różnych przyczyn, a najczęściéj pochodzące z zakażenia wydzieliną z rany macicznéj spływającą, daléj choroby przyranne i w rzadkich przypadkach ciężkie choroby przypadkowo powstałe, jak np. zapalenie płuc itp. W przypadkach zaś wyzdrowienia leczenie trwało od jednego do kilku miesięcy. W ciągu leczenia miano najczęściéj do czynienia z zapaleniem ograniczoném otrzewny, z wypocinami omacicznemi, z zapaleniem macicy, z zapaleniem błony śluzowéj macicy, a wreszcie z chorobami przyrannemi. Do częstych zmian następowych musimy zaliczyć zrosty macicy z organami sąsiedniemi, przepukliny brzuszne i przetoki maciczne. W wielu przypadkach przydarzało się, że chora zachodziła w ciążę i była powtórnie operowaną z pomyślnym wynikiem. Po powtórnéj operacyi wynik pomyślny zdaje się być łatwiejszym do osiągnięcia, Kayser oznacza bowiem śmiertelność powtórnie operowanych na 29%, podczas, gdy po pierwszéj operacyi wynosi ona 54%. Zdarzały się nadto przypadki, acz nader rzadkie, że ta operacyja była po trzykroć na téj saméj osobie wykonywaną, a nawet Michaelis i Oettler wykonywali ją po 4kroć z pomyślnym wynikiem na tém samém indywiduum.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

Wiadomości pomniejsze.

(F. M.) **O podskórnych wstrzykiwaniach przetworów żelaza.** Zdaniem Eulenburga najodpowiedniejszym przetworem jest: *Ferrum pyrophosphoricum cum natro citrico*, zawiera bowiem 26% żelaza; rozczyn w stosunku 1:5 wody nie sprawia nieprzyjemnych przypadów, a już w pół godziny można w moczu wykryć żelazo. Na drugiém miejscu stawia autor *ferrum albuminatum*. Z nowszych przetworów jak: *Ferrum citricum oxydatum*, *Chininum ferrocitricum viride*, *Ferrum oxydatum saccharatum* i *Ferrum oxydatum dialysatum* zdarzały się częstokroć silne miejscowe podrażnienia, odmawia im przeto kwalifikacyi do zastrzykiwań. *Ferrum bromatum* nie nadaje się również do podskórnych zastrzykiwań, jakkolwiek w proszku użyte odznacza się dobrym skutkiem.

(K. Gr.) **Pilokarpin przeciw cuchnącéj perspiracyi.** Dr. Armaingaud z Bordeaux twierdzi, że powtarzane podskórne wstrzykiwania pilokarpinu leczą przykre cuchnienie nóg nie sprawiając żadnego wpływu szkodliwego na ustrój. Dłuższa obserwacyja trzech chorych przekonała go, że skutek jest stały a nie chwilowy. Pilokarpin zdaje się działać w ten sposób że sprawia „odciągające nadmierne wydzielanie“ w gruczołach ślinnych a ogólne napotne działanie, które można otrzymać daleko pewniéj za pomocą jaborandy niż pilokarpinu, nie zastępuje naślinnego działania pilokarpinu. (*The Lancet* 1881, I. 16).

Dehenne i Bonneté: **De l'amblyopie toxique.** Autorowie zastanawiają się tylko nad niedomogą występującą w skutek nadużycia gorących napojów i tytoniu. Choroba rzeczona występuje z tych przyczyn albo nagle albo też powoli i objawia się zmniejszeniem bystrości widzenia, ograniczeniem

pola widzenia, niemożnością rozróżniania barw, a w razie dłuższego trwania choroby następuje zanik brodawki. W celu usunięcia choroby należy powstrzymać się od palenia i picia. Nadto zadawali autorowie z dobrym skutkiem:

Rp. Kalii jodati 20.00
Syr. cort. aurant. 30.00
Aquae destillat. 150.00
S. Dziennie łyżkę stołową.

W niektórych zastarzałych przypadkach używali prądu stałego. Rokowanie jest tym lepsze, im krócéj trwa choroba. *(Revue de thérapeutique medico.-chir.* 1881 Nr. 8 i 9). *Dr. Bogdanik.*

IV. Stanisław Janikowski.

Wspomnienie pośmiertne.

Skreślił prof. Dr. **Józef Oettinger.**

Spadają niekiedy ciosy tak nagłe i przerażające, że pod ich druzgocącym wpływem myśl słupieje, serce pęka, głos w ustach zamiera, a drżąca bezwładna ręka pióra pochwycić nie zdoła. Takie niweczące, o mało że nie pustoszące wrażenie wywołała przed niewielu dniami w dość szerokim zakresie prywatnym i publicznym śmierć nieubłagana, wydarłszy z pośród nas Stanisława Janikowskiego, jednego z najzacniejszych, najmilszych i najbardziéj zasłużonych towarzyszów, w sile wieku, w pełni bujnéj działalności, na któréj błogie i długie jeszcze owoce liczyły z całą otuchą nie tylko rodzina, ale wiele zakładów naukowych i dobroczynnych, ba kraj i cała społeczność; a w pośród niéj nie najlżéjszą i nieutuloną pokryła się żałobą ta mnoga drużyna, która w każdéj biedzie i potrzebie znajdowała u niego zawsze gotową a skuteczną pomoc, dla któréj stał się poniekąd ratującą w niedoli opatrznością.

Mimo dojmującego trętwiącego bólu silny i natarczywy głos sumienia nagli do spełnienia świętego obowiązku, do spłacenia nieodżałowanemu mężowi, choćby słabém nieudolném słowem, długu czci i wdzięcznego uznania, jakiego nigdy nie żądał i nie doczekał się za życia, do zatrzymania w pamięci wybitniejszych rysów tego przykładnego, tylu przymiotami celującego dni pasma, którego wartość ludzkim zwyczajem wtedy dopiero przed oczyma w całéj pełni występuje, kiedy się z niém na zawsze pożegnać już przychodzi.

Stanisław Janikowski urodził się w Warszawie dnia 6 maja r. 1833 z ojca Andrzeja, Pilznianina, znakomitego lekarza, profesora i pisarza, którego odziedziczone piękne imię swojemi własnemi zasługami bardziéj jeszcze uświetnił. Już w pierwszém niemowlęctwie wykołysała ukochanego jedynaka najczulsza troskliwość rodzicielska pojąc go wrażeniami i natchnieniami światłego umysłu, wytwornéj ogłady i wykształconego smaku. Wycisnęła ona już w kolebce owo znamię uszlachetnienia i wyższego uobyczajenia, które się zrosło z całą jego istotą, otaczając ją zniewalającym urokiem a wykluczając wszelki ślad jakiejś zabyłéj surowizny. Początkowe i średnie nauki pobierał i ukończył pod kierunkiem ojca w mieście rodzinném. Przed udaniem się na Uniwersytet, z powodu wieku jeszcze młodego, gdy troskliwość rodzicielska zbyt wcześnie z pod skrzydeł swoich wypuszczać go nie chciała, spędził czas jakiś w szkole farmaceutycznéj na uprawie nauk przyrodniczych. W r. 1851 udał się na Wydział lekarski do Dorpatu, gdzie w roku 1858 uzyskał stopień doktora medycyny, jednocześnie prawie, bo o kilka tygodni tylko późniéj, z Ign. Baranowskim, obecnie profesorem kliniki propedeutycznéj w Warszawie, z którym aż do zgonu łączyły go stosunki serdecznéj przyjaźni. Już w tymże samym roku ukazały się pierwsze jego prace piśmiennicze z dziedziny wykonawstwa lek. „Uwagi nad chorobą Artura Wierzbowskiego lekarza ordynującego w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie“ i „Trzy spostrzeżenia nowotworów w jamie brzusznéj.“ Dla wydoskonalenia się w swym zawodzie wybrał się za granicę prowadzony przez towarzyszącego mu rodzica. W latach 1859 i 1860 zwidzał pilnie a z pożytkiem celniejsze ogniska ruchu naukowego we Francyi, Anglii i Niemczech, a w Wiedniu zawiązał stosunki z przyszłymi swoimi kolegami w Uniw. Jagiell. z profesorami Gilewskim, Madurowiczem, Rydlem i Rosnerem. Zbogacony obfitym plonem zebranych pracowicie spostrzeżeń i doświadczeń powrócił do domu, aby z nieznużoną skrzętnością poświęcać swoje zdolności i siły nauce i krajowi, który z całém wylaniem wiernego syna umiłował. Objął niebawem posadę lekarza ord. w szpitalu Dzieciątka Jezus, a ze szczególną gorliwością zwrócił się do dziedziny medycyny publicznéj, tak w zakresie sądowo-lekarskim, jak higijenicznym, liczne w tym kierunku ogłaszając pisma, któremi zasilał i ozdabiał lekarskie dzienniki warszawskie od r. 1860 do r. 1866. Śród tego okresu, zwłaszcza od r. 1864, pierwszy raz w życiu ciężkie i bolesne przebywać musiał próby, które nie bez silnych wstrząśnień, nie bez strasznych ofiar, ale z męczeńskim przetrwał hartem i umysłem, wyszedłszy z nich jak szczere złoto z ognia, czysty i jasny. Pod koniec albowiem tegoż roku osierociał straciwszy naprzód matkę a dnia 4 grudnia ojca. Jednocześnie prawie i inne spotkały go klęski i bóle...... Skrzętna praca naukowa była w tém utrapieniu jego balsamem. Dźwignął też znakomicie wartość i znaczenie naukowe Pamiętnika Tow. lek. warsz., objąwszy jego główną redakcyję w r. 1863 i prowadząc ją dzielnie a umiejętnie aż do opuszczenia Warszawy i objęcia katedry uniwersyteckiéj w Krakowie, na którą po opróżnieniu posady profesora medycyny publicznéj po śp. Gilewskim, skutkiem przeniesienia tegoż do kliniki terapeutycznéj w miejsce uwolnionego z niełaski Dietla, na polecenie Wydziału lek. powołany został cesarskiém postanowieniem z dnia 23 lipca 1866 r.

Odtąd stajemy się bliskimi świadkami jego płodnéj, wielorakiéj a ofiarnéj skrzętności, nieograniczonéj do sumiennego spełniania obowiązków nauczycielskich, lecz ogarniającéj zakres coraz szerszy a wykonywanéj tak gorliwie i skutecznie, iż stawała się wnet niezbędną, bo do zastąpienia prawie niepodobną.

W towarzystwie naukowém i nowozawiązaném lekarskiém należał do członków najczynniejszych. W pierwszém bierze niebawem udział w wychodzącém tegoż staraniem Przeglądzie Lekarskim a przez lata 1870 i 1871 dzieli pracę redaktorską z piszącym niniejsze wspomnienie. Gdy skutkiem gotującéj się przemiany tego ciała naukowego na Akademiję Umiejętności rozwiązany został stosunek do niego czasopisma wzmiankowanego, to zanim ono stało się własnością Tow. lek. krak., tj. przez rok 1872, miał śp. Janikowski dwóch spółredaktorów: Kaź. Grabowskiego i Bol. Lutostańskiego, wszyscy trzéj jako dodatek wydawali jeszcze Dwutygodnik higijeny publicznéj. Od chwili zaś, gdy stanowczo przemieniło się ono na organ dwóch Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego, ster redakcyi w wyłącznym jego spoczywał ręku aż do końca 1876 roku, odkąd się dobrowolnie mimo nalegań od tego zadania usunął. Natomiast wspólnie z K. Grabowskim założył Dwutygodnik

medycyny publicznéj, jako organ Towarzystwa lekarzy galicyjskich i z towarzyszem swoim prowadził go aż do końca r. 1879 a wreszcie sam przez półrocze pierwsze r. 1880, po upływie którego skutkiem skojarzenia się tegoż grona z Przeglądem Lek. wydawnictwo to zostało zwinięte.

Niewyczerpana męża tego usłużność pozwalała go obarczać wszędzie, gdzie było potrzeba pilnego, sumiennego a niezawodnego pracownika. Od założenia Akademii Umiejętn. krak. wchodził w skład jéj biura jako podskarbi, a oprócz tego jako członek nadzwyczajny do wydziału matematyczno-przyrodniczego, do komisyi biblijograficznéj i językowéj. Nie małą był pomocą w spisywaniu katalogów i wiadomości biblijograficznych tak dla téj instytucyi naukowéj jak i dla książnicy uniwersyteckiéj a dyrektorowi Karolowi Estreicherowi do wielkiego jego dzieła w tym kierunku nie jednéj dostarczał cegiełki.

Prezesem Towarzystwa lek. obrano go na r. 1872, a stale zasiadał i pracował w Komisyi sanitarnéj jako przewodniczący a w terminologicznéj jako jéj działacz najgłówniejszy, jéj *spiritus rector* i właściwy redaktor przygotowywanego słownika lekarskiego. On to pozawięzywał liczne piśmienne i ustne narady, spisywał największą liczbę kartek, rozkładał je, składał i porządkował, z niestrudzonym znojem szperał za wyrazami, porównywał i sprawdzał, on wreszcie dla ułatwienia ich użycia w razach wątpliwych i w zwrotach nie dających się co do słowa tłumaczyć przykładami je objaśniał. Los okrutny nie dopuścił mu pociechy oglądania wydanego całkowicie a z takiém zamiłowaniem podjętego i dokonanego dzieła, bo gdy właśnie z wielkiém natężeniem sił swoich przyspieszał druku i do połowy go już doprowadził, śmierć niemiłosierna i pracę przerwała i bliskiego jéj kresu doczekać się nie dozwoliła. — Wyprzedziły niejako tę obszerniejszą pracę próby mniejsze a mianowicie „Uzupełnienie słownika łacińsko-polskiego wyrazów lek. Skobla i Kremera“ opracowane spólnie z tym ostatnim autorem i i z prof. Oettingerem a wydane w r. 1876, tudzież Słowniczek wyrazów psychijatrycznych, jako wyjątek z drukującego się właśnie dzieła terminologicznego, który sam ułożył i ogłosił w r. 1880.

Zdaje się, że niezwykła gorączkowa prawie czynność, z jaką to wydawnictwo popychał, skracająca nad miarę chwile koniecznego spoczynku nocnego, przyczyniła się wiele, jeżeli nie do wywołania zabójczéj choroby, to do jéj opłakanego przebiegu. — Od lat już wielu dokuczało mu uporczywe zapalenie spojówek, podtrzymywane natężeniem zbytniem oczu. Zaledwie doznał znacznego polepszenia, kiedy w pierwszych dniach kwietnia rb. tyfus wysypkowy rzucił go na łoże, z którego niestety nie miał się już dźwignąć, bo po kilku wahaniach, śród których do końca niemal błyskały zwodnicze promyki nadziei, któremi także i rodzinę i siebie pocieszał przybyły z własnego przywiązania i natchnienia prof. Baranowski z Warszawy, Stanisław Janikowski dnia 21 kwietnia 1881 o godz. 6 wieczór zakończył błogi żywot, pozostawiwszy w żalu nieutulonym młodą wdowę Eufemiję z Prylińskich po 15-letniem szczęśliwém i przykładném pożyciu małżeńskiém, tudzież czworo małoletnich troskliwie wychowywanych dzieci, z których 13-letni syn Ludwik ma to zaszczytne choć trudne powołanie, stać się godnym potomkiem tak swojego ojca jak dziada.

Oto w krótkości bieg, jakim toczyły się czyste srebrzyste fale skromnego a tak obfitego w wieloraki pożytek strumienia życia; ale to tylko strona jego zewnętrzna, to tylko cicha gładka powierzchnia, po za którą dopiero kryły się droższe perły i skarby wewnętrzne, będące istotnym rdzeniem osobistéj właściwości a podnoszące znakomicie ujawnioną, publiczną część zasług. Są to owe nieustanne tryskające z głębi zalety duchowe i moralne, które jak barwa i woń cudnego kwiatu zniewalający wywierają urok. Rzadkie cnoty i przymioty złożyły się na wyposażenie tego wybrańca, bo i światły umysł i szlachetne uczucie i smak wykształcony i zgoła owo namaszczenie podniosłéj i wskroś szczeréj zacności. Wybitném znamieniem i hasłem jego pięknego życia było: mało mówić a wiele robić, inaczéj niż bywa zwykle, gdy za szumnemi słowy nie znajdzie się nic prócz wiatru pustego. Wstrzemięźliwość słowa posuwał on do tego stopnia, że nie lubił dłuższych rozmów potocznych, jakby mu żal było straconego na to marnie czasu, należącego się pożyteczniejszemu zajęciu. Z tego też powodu nie zwierzał się łatwo ze swych uczuć, wrażeń i przygód a o sobie i swych życia kolejach nigdy prawie nie wspominał. Bywały jednak rzadkie chwile, w których jakby na jakieś błogie zaklęcie rozwarła się nagłe brama milczenia i trysnął łagodnym szeptem potok wynurzeń.

Umysł jego bystry i jasny rozległe ogarniał obszary wiadomości, a bliższą dziedzinę zawodową posiadał dokładnie i z gruntu ścigając usilnie i chłonąc chciwie nabytki postępującéj nauki, przetrawiając je, porządkując i przyswajając. Jego też poglądy i wykłady były ścisłe, przedmiotowe i dosadne, nie gubiły się nigdy w mglistych ciemnych pojęciach i obrazach lub w pustych wyrazów dźwięku. Stąd też i styl jego był jasny, potoczysty, łączący prostotę z ogładą; czystością zaś i poprawnością języka po nad innych celował. Liczny jest szereg pism jego, nie tu miejsce na ich szczegółowy wykaz i rozbiór, tytuły ich aż po rok 1876 ogłoszone są w Roczniku Zarządu Akademii Umiejętn. w Krakowie wyszlym w tymże roku i w 5ciu mieszczą się działach: pierwszy obejmuje prace z medycyny sądowéj, drugi z higijeny publicznéj i policyi lek., 3ci odnosi się do dziejów medycyny publicznéj w Polsce, 4ty najszczuplejszy do medycyny praktycznéj, którą się w Krakowie wcale nie zajmował, a 5ty nakoniec do redakcyi czasopism lekarskich.

Oprócz tego w r. 1870 dla Czytelni ludowéj przerobił i pomnożył nowe wydanie dziełka swojego ojca Andrzeja: „Wiadomość o ratowaniu osób na pozór zmarłych itd.“ Z Drem K. Grabowskim na r. 1880 wydał kalendarz lek. krak., sam go zaś ułożył na ten smutny rok bieżący, pamiętny jego nieodżałowanym zgonem. O pracach słownikarskich wyżéj już wspomniano.

Nie zamykał się St. J. w swéj specyalności jak ślimak w skorupie, lecz był mężem całym, mężem z ogólném wszechstronném wykształceniem, mężem, który każdym ruchem, każdém tchnieniem zmierzał do swego uzacnienia i udoskonalenia przez ścisłe spełnianie obowiązków względem społeczności, dla któréj nie znał granic w poświęceniu i ofiarach. Co tylko było mądre, piękne i szlachetne, żywo go zajmowało i znalazło go gotowego do pomocy i poparcia. Rozkoszował się płodami geniuszów, Mickiewicza i Fredrę ojca umiał prawie na pamięć i lubił całe z nich przytaczać ustępy i sceny. Na każdym niemal kroku przyświecał mu cel jakiś podniosły: gdy sobie dom nowy stawiał, nie żałował większego kosztu, aby i miastu ozdoby przysporzyć i zachęcić przykładem spółobywateli do uwzględniania oprócz materyalnéj korzyści także wymagań lepszego smaku. Nigdy brud żaden nie skalał jego pięknéj duszy.

Rodzinne ognisko było jakby świętym przybytkiem miłości i cnót domowych, podniesionych tkliwą delikatnością nietylko dla żony i dzieci, które przedewszystkiém pragnął uszczęśliwić, ale i dla służby i całéj drużyny. Z czułą troskliwością zajmował się wychowaniem swojéj dziatwy, którą i sam niektórych przedmiotów uczył i jéj zdolności w każdym kierunku zachętą i przykładem rozwijał, siejąc ziarno szlachetne ludzkiego wykształcenia i dzieląc z nią w tym celu częstokroć rozrywki i zabawy.

Dla swoich kolegów był on nie tylko uprzejmy ale pełen spółczucia i szczeréj życzliwości, uczniów zaś i w ogólności młodzież kochał jak synów, pamiętając także o jéj potrzebach i kłopotach, którym nieraz zabiegał w sposób uprzedzający, krzepiąc szczodrą pomocą i słowem zachęty upadającą od troski odwagę i gasnącą nadzieję. A ilużinnych biedaków z różnych stanów nie wyratował on z grożącéj im toni, nie dźwignął z nędzy i utrzymanie całéj rodzinie zapewnił? Miał on coś z hojności magnata, który nigdy nie wątpi, aby mu kiedyś zasobów zabraknąć mogło. Nadużywano téż jego dobroci i o dotkliwe przyprawiano straty. Pragnął pomagać wszędzie, gdzie spotykał nędzę, chciał być zbawiennem narzędziem w ręku łaskawéj Opatrzności, nie pomny dwóch przeszkód: raz, że nie rozporządzał jéj niewyczerpanemi skarbami, drugi raz, że nikt usłużności niemiłosierniéj nie wyzyskuje jak mniemani wdzięczni przyjaciele, nie znają miary w żądaniach, obarczą ponad siły, obedrą, oskubią do ostatniéj nitki, a w końcu jak wyciśniętą cytrynę porzucą.

Braknie nam Ciebie nieodżałowany druhu! i tam gdzie potrzeba twéj znojnéj, mrówczéj, tak u nas rzadkiéj pracowitości i wytrwałości i gdzie twego światła i twéj nauki i twego poświęcenia i twego serca i twéj zacności. Szukać będziemy daremnie Twéj miléj postaci, skromnéj wzrostem o pulchnéj miękkości z wysokiém myślącem czołem, z okiem ciemném, pełném duszy i łagodnego blasku, przysłoniętém nieco, jakby wstydliwie, górną powieką, z uśmiechem dobroci igrającym na ustach, z poza którego coś smętnego przebijało, z siwiejącym wcześnie włosem na głowie a brunatnym zarostem na podłużnéj twarzy; już ściskać nie będziemy twéj białéj delikatnéj, istnie kobiecéj dłoni. Uleciałeś nam zbyt wcześnie, ale zostawiłeś niezatarte ślady twéj błogiéj działalności, któréj pamięć nie wygaśnie, jak nie ukoi się ból towarzysza, który według rachuby ludzkiéj miał nadzieję, że go jako starszego ta ciężka żałoba nie spotka. Tobie cześć! a nam łza gorzka nieutulonéj tęsknoty.

Zdroje siarczane w Lubieniu.

Przez Dra **Edwarda Sawickiego** ze Lwowa.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 18).

3. Stanowisko wód siarczanych w balneologii tegoczesnéj.

Rola siarki w organizmie człowieka nie jest dotąd wyjaśniona. Tyle tylko pewną jest rzeczą, że siarka znajduje się stale w istotach białkowych, w taurynie, który jako kwas taurocholowy zawiera żółć i nakoniec jako kwas siarkowy wydziela się moczem z ekonomii organizmu. Wydzielanie się jéj w moczu posłużyć może za miarę wstecznego przeobrażania się istot białkowatych, tak to ważne zajmuje ona miejsce w biegu, okresie i przemianach materyi (Beneke: *„Pathologie des Stoffwechsels,“* p. 358 et seq.).

Chociaż siarka tak ważne zajmuje stanowisko w ustroju, jednak nie możemy z tego wywnioskować z należytą dokładnością jéj wartości balneologicznéj a względnie terapeutycznéj.

Z doświadczeń zaś na zwierzętach poczynionych i przypadkowo ze skutków na ludziach obserwowanych, wynika, że siarka w połączeniu z alkalijami i z wodorem wprowadzona do ustroju, wywołuje poruszenia robaczkowe przewodu pokarmowego, przyspiesza tętno, pomnaża wydzielanie śliny i potu, a na mózg działa odurzająco.

Skóra i błony śluzowe pochłaniają suchy gaz siarkowodowy, z kąpieli lub napoju, gdy te płyny są tym gazem nasycone (Roehrig: *„Physiologie der Haut,“* p. 184).

Drogą płuc może wejść gaz siarkowodowy do krwi, a nawet para i rozpylona woda siarkowodowa przez płuca wessaną być może.

Najważniejsze atoli jest działanie siarkowodoru na ciałka i surowicę krwi. Na ciałka działa on podobnie jak działają tkaniny miąższowe, tj. w obecności siarkowodoru występuje z oxyhemoglobiny ($Hb + O_2$) tlen O_2 i pozostaje sam hemoglobin (Hb), którego jednak siarkowodór, jak mylnie nieraz mniemano, wcale nie rozkłada. W surowicy krwi zamienia ten gaz węglany i fosforany na siarkany. (Porównaj: *„Arzneimittellehre“* Nothnagla i Rossbacha, Berlin 1880, p. 280, *Bull. de la Societé chimique* XXII p. 286).

Z tych niewielu szczegółów doświadczennych nie można wprawdzie czynić rozległych wskazań racyjonalnych i wniosków praktycznych o działaniu wód siarczanych użytych do picia, do kąpieli i do wziewania, gdyż ilość siarkowodoru jest w znanych wodach tak mała, że chociaż np. w zdrojach Lubieńskich jest ona, z wyjątkiem niektórych włoskich, największą, przecież do ocenienia skutków ze stanowiska powyżéj wspomnionych doświadczeń za małą, biorąc takową jako jednorazową dawkę. Lecz o ile przez nagromadzenie się skutków drobnych w całości wody siarczane działają, potrzeba pytać doświadczenia jak się takowe przez wieki nagromadziło.

Tym bardziéj to pytanie empiryi uczynić możemy, ile że wody siarczane, oprócz na szczęście niewielkiéj ilości gazu siarkowodowego, mają jeszcze siarczki alkalijów, które wprowadzone do przewodu pokarmowego dostarczą ztąd ilości dostatecznéj siarkowodoru do krwi, gdzie mogą wywołać dyssocyacyję tlenu przywiązanego do hemoglobinu i na przemianę soli fosforowych i wapniowych. Tak jeden jak drugi skutek może być nam pożądany w terapii tych chorób, w których tkaniny miąższowe utraciły po części swoją zdolność rozszczepiania oxyhemoglobinu; tudzież w tych chorobach, gdziebyśmy chcieli uniknąć tworzenia się nadmiernego soli fosforowych i węglowych, jak np. w niektórych przypadkach kamieni moczowych i nerkowych.

Gdybyśmy więc chcieli ze stanowiska fizyjologii biegu i obrotu materyi w organizmie usprawiedliwić racyję bytu zdrojów siarczanych w terapii chorób chronicznych, niebrakby nam było nie już frazesów, lecz prawd fizycznych, chociaż jak na dziś jeszcze w teoryi nie wyzyskanych na korzyść wód siarczanych. Wszelako z powyższego możemy wnosić stanowczo, że wody siarczane użyte do picia przyczyniają się do powiększenia przemiany materyi, którą nadto kąpiel jeszcze podnosi.

Balneologija nowoczesna zachowała jednak względem zdrojów siarczanych stanowisko czysto fizyczne, bo zrównała

działanie kąpieli siarczanych z działaniem cieplic obojętnych albo z odpowiedniemi procedurami terapii hydryjatrycznéj; a więc pomijając ich mineralność przyznała im znaczenie bodźców termicznych wilgotnych.

Na tém zrównaniu bezwzględném wody siarczane zyskały w dwójnasób, gdyż zakres ich zastósowania rozszerzył się i na te przypadki, które dotąd dla akratotermów i hydroterapii rezerwowano.

Zdroje siarczane zimne mają nadto tę dogodność, że mogą być użyte do tych procederów, do których hydroterapija umiejętna używa wody w różnych stopniach zimnéj.

Co się tyczy ciepła rodzimego, którego wody siarczane do ciepłych kąpieli w dostatecznéj ilości nie mają, to krzywda w tém właściciela kąpieli, który do ich ogrzewania musi dostarczać urządzenia, opału i obsługi. „Nikt zapewne z oświeconych lekarzy,“ powiada prof. Dietl (l. c. p. 102) „nie zarzuci wodom naszym siarczanym braku rodzimego ciepła, a tém samém mniejszéj skuteczności leczniczéj, gdyż dzięki postępom nauk przyrodniczych upadł pod względem terapeutycznym urok rodzimego ciepł, które sztucznem ogrzewaniem wody najzupełniéj da się zastąpić.“

Wód siarczanych możemy używać:

1) jako akratotermów do kąpieli ciepłych;

2) jako procederów hydroterapeutycznych, we wszystkich postaciach;

3) do wziewania gazów wydobywających się z samego źródła, pary i pyłu, otrzymanych z przyrządu rozpylającego;

4) nakoniec do picia.

Pierwszéj i drugiéj formy użyć możemy w tych wszystkich przypadkach chorób chronicznych, gdzie zamierzamy pobudzić bieg i obrót materyi w danym organizmie, w którym jest albo za leniwy, albo niedostateczny, jednostronny i dla tego w jednym względzie zbyteczny, albo nakoniec jakościowo zmieniony, czy to w kierunku przeobrażeń materyi wstecznych lub postępujących.

Użyjemy jednak ciepłych kąpieli i procederów równoważnych, gdzie głównie działać nam wypadnie na przyspieszenie przeobrażenia materyi wstecznego i wywozu produktów tego przeobrażenia. Procederów zaś hydroterapeutycznych o niskiéj ciepłocie używać będziemy już to dla podniecenia wszystkich czynności w kierunku przeobrażenia materyi postępującego, dla podniesienia zapasu sił unerwienia; już to dla wywołania wysokich zmian w odnowie ogólnéj przez silne i gwałtowne wstrząśnienia układu nerwowego.

(Dok. nastąpi).

V. Zjazd III. lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

W ubiegłych dwóch tygodniach zapowiedziano następujące prace oryginalne:

1) O leczeniu suchot płucnych.

2) O zmianach patologicznych w oku królika w przypadkach ogólnego zakażenia wąglikowego.

3) Pogląd na epidemiję duru wysypkowego.

4) O znaczeniu urazów wątroby pod względem sądowolekarskim.

5) O ważniejszych brakach naszego krajoznawstwa.

6) Rozprawa Sebastyjana Petrycego o kile.

Obok tego zapowiedział jeden kolega odczyt z zakresu nerwopatologii, nie podawszy jeszcze tytułu swéj pracy.

Dr. Matlakowski przyjął referat zdania: czy mgła antiseptyczna jest niezbędną częścią opatrunku przeciwgnilnego.

Dr. Obaliński przyjął równie referat jednego z zadań chirurgicznych.

Dr. Kohn referować będzie: o krwotokach macicznych i postępowaniu leczniczém.

Dr. Jaworski: o peptonach i ich wartości leczniczéj.

Wydział gospodarczy uchwalił wydać nakładem własném dzieło pod tytułem: Wykaz zbiorów i zakladów lekarskich i przyrodniczych w Krakowie, które uczestnikom Zjazdu w upominku rozdaném będzie. Redakcyję i zajęcie się wydawnictwem poruczono pp. prof. Rostafińskiemu i Domańskiemu oraz panu Anczycowi.

Uchwalono też pobierać za uczestnictwo w Zjeździe wkładkę 5 złr w. a. (4 ruble 30 kopijek), którą to kwotę podskarbi Komitetu, Dr. Wierzbicki (w ogrodzie botanicznym), odbiera i kwituje wydaniem karty uczestnictwa, upoważniającéj do brania bezpłatnie udziału we wszystkich posiedzeniach, odczytach, i wycieczkach wspólnych, do wstępu na Wystawę lekarsko-przyrodniczą i do ulg w opłacie jazdy koleją żelazną do Krakowa na Zjazd i z powrotem, o ile takowe Wydział gospodarczy od Zarządów kolei uzyska.

Przewodniczący Wydziału gosp. III Zjazdu.
Prezes Tow. lek. krak. Dr. *H. Jordan*.

Dr. *Jan Rosner*, Sekretarz. Prof. Dr. *E. Janczewski*.

Zjazd chirurgów niemieckich w Berlinie.

Sprawozdanie Dra Rydygiera.
(Dokończenie. Patrz Nr. 19).

IV dzień Zjazdu.

Demonstracyje odbywały się bardzo spiesznie a kilku czy kilkunastu mowców zupełnie zrzekło się głosu.

a) Posiedzenie przedpołudniowe w klinice Bardelebena.

1. Gluck z (Berlina). *a)* O wycięciu pęcherza i prostaty. G. przedłożył liczne preparaty i okazał kilka psów u których mu się powyższa operacyja zupełnie udała; moczowody wszył w ściany brzuszne. W kilku przypadkach, gdzie je wszył do odbytnicy, nastąpiła śmierć. *b)* Demonstracyja preparatów wyciętych i ze skutkiem zeszytych nerwów.

2) Zeller (z Berlina). O zapobiegawczém przecięciu tchawicy z demonstracyjami. Znaną jest rzeczą, że po operacyjach w jamie ustnéj, mianowicie po wycięciu języka, chorzy często umierają w skutek zapalenia płuc (*Schluckpneumonie*). Chcąc spływaniu wydzielin rany i śliny do płuc zapobiedz, myślał Zeller, czyby się nie udało na poprzek przeciąć tchawicy i koniec górnéj części na jednéj a dolny koniec wszyć na przeciwnéj stronie w ranę, późniéj zaś po zagojeniu rany w jamie ustnéj napowrót przeciętą tchawicę połączyć. Wziął się do eksperymentów na psach, które zupełnie się udały.

3. Lesser (z Lipska) okazał przyrząd do zamrażania mający służyć do wykonania operacyj mniejszych na palcach bez bólu, do wyrywania zębów z cokolwiek odmienną konstrukcyją i do robienia cięć drobnowidowych z świeżych preparatów.

4. Bruns (z Tybingi) okazał nowy materyjał do opatrunków ustalających: jest nią patentowana papa, nasycona płynem bliżéj niewymienionym.

5. Wolff (z Berlina). Opatrunek przenośny w szpotawości.

6. Bergmann (z Würcburga) okazał kilka preparatów dowodzących, że kawałki kości zupełnie odszczepione mogą napowrót się zrosnąć.

7. Schwalbe (z Magdeburga) zalecał miąższowe zastrzykiwanie alkoholu w tłuszczakach i wolach.

8. Mikulicz okazał przyrządy Leitera służące do regulowania gorączki. Przyrządy te, znane już z dawniejszych opisów, są bardzo praktyczne, mianowicie w praktyce prywatnéj, gdyż zastępują zupełnie lód i nader są tanie.

9. Kolaczek (z Wrocławia). Demonstracyje kamieni wydobytych z pęcherza cięciem środkowém.

10. Riedinger (z Würcburga). O stawach ruchomych kości przedramieniowych.

11. Rose (z Berlina). *a)* O radykalnéj operacyi polipów krtaniowych. *b)* O trepanacyi przy ropniu mózgowym.

12. Langenbuch (z Berlina): *a)* przedstawił przypadek obszernego wypiłowania żeber, podobny do przypadku wrocławskiego. *b)* Przedstawił przypadek ze skutkiem zeszytych odłamków rzepki.

13. Busch (z Berlina) okazał: *a)* przypadek raka stosu pacierzowego; *b)* mykotycznéj afekcyi szczęki dolnéj.

14. Hirschberg (z Berlina) przedstawił chorego, któremu za pomocą elektro-magnesu wyciągnął kawałek żelaza z wnętrza oka i zarazem okazał kilka odłamków wydobytych tymże sposobem.

15. Fränkel (z Berlina) demonstrował w pobocznym pokoju swoją modyfikacyję sposobu Voltoliniego przy rhinoskopii.

16. Schede (z Hamburga) okazał preparat złamanego stosu pacierzowego szyi w skutek skurczenia silnego mięśni przy skoczeniu do wody.

17. Bardeleben przedstawił bardzo pobieżnie, dla spóźnionéj pory, kilku chorych ze swéj kliniki.

18. Beely okazał rozmaite przyrządy ortopedyczne własnego pomysłu, które już także na Zjeździe w Gdańsku widzieliśmy.

19. Hagedorn (z Magdeburga) okazał igłę płaską (podobną do igły Wolberga); szyjąc tą igłą nie narażamy się nigdy na jéj złamanie.

b) Posiedzenie popołudniowe.

1. Thiersch (z Lipska). *a)* O wycięciu torbiela z twarzy u krwawiaka. Mimo że T. znane były przestrogi z innych stron wyrażone, uważał wycięcie tak małego torbiela, mianowicie pod opatrunkiem przeciwgnilnym, za mało niebezpieczne i przystąpił do operacyi. Mimo wszelkiéj ostrożności z wielkim tylko trudem udało mu się chorego od śmierci uratować i dla tego energicznie odradza od wszelkich operacyj u krwawiaków. *b)* Przyczynek do leczenia wrzodu fagedenicznego: jako nieomylny środek zaleca T. rozczyn azotanu srebra 1:2000, który się w odstępach 1cm. w dwóch rzędach na téj stronie wstrzykuje, do któréj wrzód się rozprzestrzenia. *c)* T. opisał przypadek dziwnéj manii kaleczenia siebie samego, którą spostrzegł u zresztą zupełnie zdrowego człowieka: ten przeciął sobie w rożnych odstępach 2 czy 3 razy brzuch tak, że kiszki wypadły: potém wyciął sobie najprzód jedno jądro, a w końcu i drugie.

2. Maas (z Fryburga). O obiegu krwi w odnogach dolnych (bez rysunków wykład niezrozumiały).

3. Langenbeck. O odejmowaniu języka termokauterem. L. zaleca ten sposób jako lepszy, pewniéj zapobiegający nawrotom i łatwiejszy od innych.

4. Trendelenburg (z Rostoku). *a)* O wyłuszczeniu w stawie biodrowym. Proponuje celem bezkrwawego operowania przekłucie szpilką bardzo długą powyżéj podstawy płatu przedniego i ósemkowe owinięcie gumowym sznurkiem, uciskając tym sposobem naczynia w przednim płacie aż do wykrojenia płatu. Następnie podwiązuje naczynia w przednim płacie, wyjmuje szpilkę, otwiera staw i poza stawem przekłuwa w podobny sposób tą samą, albo drugą długą szpilką tylny płat i uciska go znowu gumowym sznurkiem; dalsze postępowanie zupełnie takie same, jak z przodu. *b)* T. opisuje przypadek przepukliny przedotrzewnowéj (*hernia properitonealis*).

5. Busch (z Bony). O zeszywaniu nerwów. Zwraca głównie uwagę na kilka przypadków przez siebie operowanych, w których dopiero po dłuższym przeciągu czasu nastąpił powrót czynności; radzi więc w przypadkach, gdzie to szybko nie następuje, nie za prędko o bezskuteczności rękoczynu wyrokować.

6. Wolff (z Berlina). O bezkrwawém operowaniu. Zaleca tylko przez 20—30 minut po operacyi ustalić odnogę ku górze, w tym czasie znikać ma następowe porażenie naczyń po ucisku opaską gumową.

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* W sprawie higijeny szkolnéj otrzymaliśmy pismo następujące:

Dowiadujemy się, że miasto nasze odstępuje rządowi gmach byłego szpitala św. Ducha na pomieszczenie tutejszéj wyższéj szkoły realnéj przeznaczając 7.000 złr. na adaptacyję tegoż w celach szkolnych. O ile znamy ten gmach z czasów pobytu w nim chorych, nie odpowiada on najskromniejszym wymogom higijenicznym i właśnie z tego to powodu było usilném staraniem zarządu szpitalnego, aby chorych obłąkanych i syfilitycznych ztamtąd wyniesiono. Teraz mieliśmy także sposobność zwiedzania gmachu w obecnym jego stanie i poinformowania się co do rozmiarów zamierzonych adaptacyj. — Zaledwie pięć sal frontowych z całego gmachu, mających jednak zbyt małe okna i niskie sufity, pozwalałyby bez znaczniejszego narażania zdrowia uczącéj się młodzieży na odbywanie nauki w jasnych dniach i przy starannie utrzymywanéj wentylacyi. Reszta zaś ubikacyj są to pokoiki czyli raczéj cele klasztorne o 2 do 3 metrów długości i szerokości a 2 do $2\frac{1}{2}$ metra wysokości, na wpół ciemne i wilgocią przesiąkłe, która dostaje się od wieków ze ziemi i zniszczonego dachu. Wszelkim wymogom higijenicznym urągają ubikacyje parterowe, czyli właściwie beczułkowate piwnice, jak np. mające być przeznaczone na pracownię chemiczną, wymagającą już z natury swéj jak najwięcéj czystego powietrza. W tych suterenach, o przegniłych murach, sprawiających nader smutne wrażenie podziemnych pieczar, szerokość pojedynczych izb nie dochodzi do 3 metrów a najwyższa wysokość sklepień $1\frac{1}{2}$ do 2 metrów. To téż za czasów pomieszczenia szpitala lepiéj ich użyć nie umiano, aniżeli na trupiarnię. Wątpimy, czy ze wszystkich tych ubikacyj da się coś choćby po części odpowiadającego pierwszym wymogom higijeny przeznaczyć na cele szkolne; a kwota 7.000 złr. wystarczająca chyba na pokrycie dachu, stósunków higijenicznych nie polepszy. — Z powyższych powodów sądzimy, że jest obowiązkiem Rady miejskiéj zwrócić uwagę na ten stan i postarać się, aby młodzież szkolna, spędzając 6 godzin dziennie w tak niestósownie urządzonéj szkole, nie narażała zdrowia swego bez możności osiągania korzyści dydaktycznych.

* Rada municypalna paryska uchwaliła była w d. 19 października r. z. wezwać rząd, aby wygotował projekt ustawy,

nakazującéj palenie zwłok oraz dozwalającéj przedewszystkiém palenia zwłok, które służyły jako przedmiot nauki w amfiteatrach anatomicznych. Pomimo poparcia téj uchwały przez prefekta Sekwany minister spraw wewnętrznych oświadczył, że ani na jedno ani na drugie żądanie nie zgadza się, ponieważ obowiązkowe palenie zwłok jeszcze nie jest na czasie, palenie zaś zwłok w amfiteatrach do wykładu i ćwiczeń użytych mogłoby zwiększyć wstręt publiczności do szpitali. (*Gaz. des Hôp.* Nr. 53).

* Woda gorzka Franciszka Józefa, która już poprzednio kilka uzyskała medali i dyplomów, otrzymała świeżo najwyższe uznanie, dla wód mineralnych przeznaczone, na wystawie powszechnéj w Melbourne w Australii.

Statystyka epidemij. W tygodniu 16 (do 16 kwietnia) ospa w Londynie wstrzymała się w jednakowém nasileniu Świeżo zapadło 272, umarło 77, leczyło się 1025. W Paryżu ospa złagodniała, umarło 31. W Wiedniu umarło z ospy 21, w Pradze 4, w Aleksandryi 3, w Bukareszcie 2. W Madrasie umarło w pierwszym tygodniu kwietnia 70, w Filadelfii jednakowa jeszcze ilość osób umiera z ospy. Z duru umarło w Paryżu 30, w Bazylei 5. Z duru osutkowego umarło w Amsterdamie 1, w Londynie 3 W Walencyi wydarzył się 1 przypadek cholery swojskiéj. Z febry żółtéj umarło w Rio de Janeiro od 16—28 lutego 16 osób. W Krakowie umarło do 23 kwietnia: 2 z ospy, 5 z błonicy, 5 z duru osutkowego, 2 z róży, 1 z czerwonki, a doniesiono w tymże tygodniu: o 4 przypadkach ospy, 1 ospianki, 17 odry, 3 błonicy, 33 osutkowego, 1 róży.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 16 (do 16 kwietnia) umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 42,6; w Wiedniu 32,3; w Pradze 40,9; w Tryjeście 34,9; w Berlinie 23,9; w Genewie 25,0; w Brukseli 26,7; w Amsterdamie 23,7; w Hadze 20,3; w Paryżu 31,0; w Londynie 23,0; w Kopenhadze 27,2; w Stokholmie 34,8; w Chrystyjanii 15,1; w Odesie 27,2; w Bukareszcie 25,5; w Madrycie 26,0; w Lizbonie 24,8; w Aleksandryi 34,1; w Rio Janeiro 42,2; w Bombaju 31,5; w Madrasie 51,1. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 11 maja. Magistrat tutejszy rozesłał do wszystkich lekarzy tutejszych następującéj treści okólnik:

„Ponieważ tylko dokładna wiadomość o liczbie zapadających osób na choroby zakaźne daje prawdziwy obraz ich nasilenia i reguluje energiję środków przez władzę miejską do powstrzymania tychże stósowanych, dla tego widzi się Magistrat zniewolonym odezwać się jeszcze raz do poczucia obywatelskiego i troskliwości o zdrowie publiczne w zawodzie lekarskim tak powszechnie znanéj i prosi o nadsyłanie zawiadomień o każdym przypadku choroby zakaźnéj, a głównie duru osutkowego, przez Wielmożnego Pana leczonym".

Dotychczasowe usiłowania Magistratu, aby lekarze praktykujący donosili o chorobach zakaźnych, nie odniosły skutku pomimo wszelkich ułatwień w téj mierze lekarzom czynionych. Odnośne przepisy państwowe są przestarzałe (datują bowiem z r. 1808) i nie wystarczające, albo poszły w zapomnienie, jak np. wcale wyraźny przepis z r. 1835, że lekarz obowiązany jest donosić władzy o każdym szczegółowym przypadku ospy. Nie o wiele lepiéj ma się rzecz w innych państwach. W Paryżu w roku przeszłym zaprowadzono osobną władzę centralną pod kierownictwem Dra Bertillona, któréj lekarze mają co tydzień donosić o chorobach zakaźnych, i tam już żalą się, że lekarze nie poczuwają się do tego obowiązku. Podobny urząd centralny mają zaprowadzić właśnie w Berlinie, a po karności pruskiéj zapewne lepszych rezultatów spodziewać się można. Bodaj powyższe przypomnienie naszego Magistratu lepszy odniosło skutek, aniżeli poprzednie, a przecież nie żąda się wiele od lekarza, bo wymaga się tylko, aby na kartce napisał przypadek i kartkę nieopłaconą rzucił do pierwszéj lepszéj skrzynki pocztowéj!

* Wyszła właśnie 2ga połowa I tomu dzieła pt. *„Handbuch d. gerichtl. Medicin,"* wydawanego przez prof. Maschkę w Pradze. W opracowaniu téj połowy, obejmującéj 34 arkuszy druku, brali udział proff. Dragendorff w Dorpacie, Oesterlen w Tübindze, Schauenstein w Gracu, Maschka i Dr. Bělohradsky w Pradze czeskiéj, prof. Falck w Kielu fizyk Falk i prof. Skrzeczka w Berlinie, oraz prof. Blumenstok w Krakowie. Tym sposobem ukończony został tom I (trzecia część dzieła). zaopatrzony w dokładny spis rzeczy i rejestr.

* Dr. Antoni Mars. docent Uniw. Jagiel., jak w roku przeszłym tak i bieżącym, począwszy od 1 lipca ordynować będzie przez czas wakacyj w Krynicy jako specyjalista w chorobach kobiecych.

* Na Miodziusiu w Szczawnicy otwartym zostanie zakład hydropatyczny, którego kierownictwo obejmie Dr. Dzikowski.

* Dr. Apolinary Tarnawski, sekundaryjusz szpitala powszechnego we Lwowie, b. sekretarz Sekcyi lwowskiéj, egzaminowany fizyk, obejmuje posadę lekarza zdrojowego w Morszynie, który to zakład stanie się kiedyś własnością Tow. lek. gal. Mamy nadzieję, że staraniom jego uda się podnieść Morszyn do rzędu znaczniejszych zdrojowisk krajowych.

* **Wiedeń**. Na d. 16 lipca rb. przypada jubileusz 50-letniego zawodu lekarskiego prof. Józefa Skody.

* **Meksyk**. W szkole lekarskiéj tamecznéj istnieje obecnie 17 katedr profesorów zwyczajnych. Katedry te zajmują: Ortega (wykłada anatomiję opisową), Morales (farmacyję), Bandera (fizyjologiję), Lavista (patologiję wewnętrzną), Lucio (patol. wewn.). Vertiz (klinikę zewnętrzną), Carmona y Valle (klinikę wewnętrzną), Velasco (anatomiję topograficzną), Segura (patologiję ogólną), Liceaga (operacyje), Dominguez (terapiję). Lobato (higijenę), Espejo (położnictwo), Andrade (medycynę sądową), Rodriguez (klinikę położniczą), Vega (farmakologiję), Mendoza (chemiję). Obok zwyczajnych wykłada jeszcze 13 profesorów adjunktów. (*La independencia medica* Nr. 42).

* Polacy w Uruguaju. Z *Kur. Warsz.* dowiadujemy się, że w Montevideo, stolicy rzeczypospolitéj uruguajskiéj, istnieje kolonija polska, składająca się wprawdzie tylko z 4 rodzin, które jednak zajmują stanowiska zaszczytne I tak: Dr. Julijan Jurkowski, lekarz, dorobił się własną pracą znacznéj fortuny, Ryszard Powal Czyszkowski, chemik, b. uczeń szkoły w Montpellier, jest chemikiem inspektorem komisyi zdrowia publicznego; Erazm Bogorja Skotnicki pełni obowiązki inspektora szkół, a wreszcie Jan Łukasiewicz, budowniczy, jest twórcą okazałego szpitala dla obłąkanych w Montevideo.

* **Mianowania i odznaczenia.** Dyrektor zakładu ortopedycznego w Währingu pod Wiedniem Dr. Weil otrzymał krzyż kawalerski orderu Franciszka Józefa a Dr. Vivenot we Wiedniu tytuł radzcy dworu

* **Nekrologija**. W Lorient we Francyi umarł w 79 roku życia Dr. Legendre, który jako chirurg w marynarce miał udział w bitwie pod Navarinem (w r. 1827).

Znów zapisać musimy bolesną stratę; dowiadujemy się bowiem, że zmarł temi dniami w kwiecie wieku Dr. Emil Decykiewicz, asystent sanitarny w Kolbuszowy, przeniesiony tam niedawno z Bóbrki. Padł on również ofiarą tyfusu.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 19: Rosenthala: O zmianach anatomicznych w mózgu przy chorobach zakaźnych; Sokołowskiego: Przyczynek do miejscowego leczenia jam suchotniczych; Minkiewicza: Spostrzeżenia chirurgiczne.— W *Medycynie* Nr. 19: Skórczewskiego: Stanisław Janikowski, wspomnienie pośmiertne; Dobrzyckiego: Sprawozdanie z działalności lecznicy w Mieni w r. 1880 (c. d.) — W *Przewodniku gimnastycznym* Nr. 2: T. Żulińskiego: Ruch mięśniowy i wpływ jego na zdrowie człowieka.

Redakcyja otrzymała:

Zboczenia mowy. Próba patologii mowy. Przekład dzieła Kussmaula dokonany przez Dra Adama Bauerertza. Warszawa 1880, in 8vo str. 273.

Dr. WARSCHAUER (w Krakowie): Eine Scarlatina Hausepidemie. Beobachtungen über d. Wirkung d. Pilocarpinum muriat. bei Diphtherie. (Osobne odbicie z 3 tomu „Archiv f. Kinderheilk.), in 8vo str. 15.

Dr. T. SZCZEPAŃSKI: Sprawozdanie z ruchu i postępu w zakładzie zdrojowo-kąpielowym w Żegiestowie w r. 1880, Kraków 1881, in 8vo str. 17.

Dr. Kl. DĘBICKI: Iwonicz w r. 1880, Lwów 1881, in 8vo str. 17.

Towarzystwo lek. krak. odbędzie we Środę dnia 18go b. m. posiedzenie zwyczajne, na którem po załatwieniu spraw administracyjnych kol. prof. Browicz mówić będzie: „o gruźlicy".

Do Nru dzisiejszego dołącza się: Wynik rozbioru chemicznego niektórych źródeł mineralnych w Truskawcu oraz Doniesienie o ortopedycznym zakładzie leczniczym Mra Edwarda Madejskiego we Lwowie.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Ulica Podwale Nr. 84.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Boulv. Voltaire 180, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 21 maja 1881. **№ 21.** Rok XX.

I. Z kliniki chirurgicznéj Prof. Bryka.

Przyczynek do kazuistyki chorób chirurgicznych przewodu pokarmowego.

Opracował Dr. Schramm.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 20).

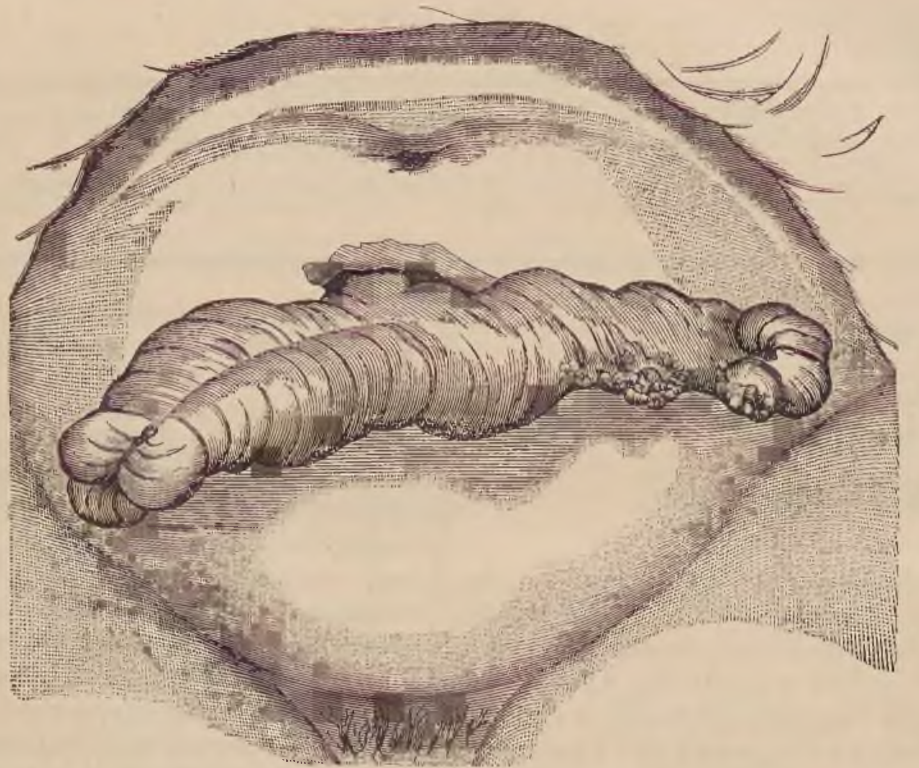
Zanim przystąpię do przypadków operacyjnych na dalszéj części przewodu pokarmowego, niech mi wolno będzie przytoczyć jeden przypadek r z y c i n i e n a t u r a l n é j, u m i e j s c o w i o n é j w l i n i i b i a ł é j i p o ł ą c z o n é j z w y p a d n i ę c i e m i w y n i c o w a n i e m t a k ż o ł ą d k o w e g o j a k i o d b y t n i c o w e g o k o ń c a w y p a d n i ę t e g o j e l i t a. Nad przypadkiem tym zatrzymam się nieco dłużéj, zasługuje on bowiem na to ze względu na rzadkość wspomnionego stanu, gdyż z wyjątkiem spostrzeżenia Desaulta, w którém z przyczyny urazowéj przyszło do wypadnięcia jelita w prawéj połowie podbrzusza, znane są przypadki rzyci nienaturalnéj z wywinięciem się jelita jedynie, o ile mi wiadomo, z spostrzeżeń Le Cata i Bourgerego, jednak w obu tych razach otwór rzyci nienaturalnéj znajdował się w okolicy pachwinowéj.

M. B. 50 letnia wieśniaczka, przebyła 6 prawidłowych porodów, cieszyła się aż do 43 roku życia zupełném zdrowiem. Dopiero w tym czasie zapadła na zimnicę trzeciaczkę, która wywołała ogólną puchlinę. Choroba ta, po półroczném trwaniu, ustąpiła wśród używania rozmaitych leków domowych. W 4 lat potém powróciła zimnica, a wraz z nią i puchlina. Wprawdzie i tym razem choroba ta ustąpiła, jednak od tego czasu spostrzegła M. obrzęk pod pępkiem, który przy cięższéj pracy i w postawie stojącéj choréj się zwiększał, cofał się zaś zupełnie do jamy brzusznéj, gdy chora położyła się do łóżka, zresztą obrzęk ten nie sprawiał żadnych dolegliwości. Pytana o początek teraźniejszego cierpienia, opowiada, że w styczniu 1864 r. uczuła przy podnoszeniu znacznego ciężaru gwałtowny ból w obrzęku, poczém wystąpiło zatrzymanie stolca, wymioty z początku treścią pokarmową i żółcią wreszcie kałowe, skóra nad obrzękiem się zaczerwieniła, w końcu pękła a z rany wylała się ciecz mocno cuchnąca pomieszana z kałem, późniéj wypływał sam kał dosyć zbity. W przeciągu 6 tygodni rana w ścianie brzusznéj zmniejszyła się do wielkości czworaka, przez nią odchodził stale kał dość zbity a przez odbytnicę wydzielała chora od czasu do czasu skąpą ilość czystego prawie śluzu. Po opuszczeniu łóżka i przy zajmowaniu się gospodarstwem domowém spostrzegła M., że najpierw przy każdorazowém oddawaniu kału, następnie także przy kaszlu, wypukłał się z istniejącego w ścianie brzusznéj otworu obrzęk czerwony, zajmujący najpierw prawą połowę tegoż otworu, późniéj nieco pokazał się podobny obrzęk, także po stronie lewéj. Obrzęk ten powoli się zwiększał, a w dniu przyjęcia choréj do kliniki 23/5 1865 r. t. j. w 1½ roku od chwili jego powstania znaleziono stan następujący: Na trzy palce poniżéj pępka w linii środkowéj brzucha znajduje się wypadnięcie jelita, tworząc przy spokojném zachowaniu się choréj, zwłaszcza w postawie leżącéj, walec czerwony, zgięty w kształcie podkowy, obrócony końcami swemi ku dołowi. Przy kaszlu, oddawaniu kału, słowem przy każdém silniejszém działaniu tłoczni brzusznéj łuk ten się prostuje, tak że wspomniany walec przyjmuje położenie prostopadłe do linii środkowéj brzucha, jak to przedstawia poniższa rycina, zrobiona według obrazu olejnego zdjętego z natury przez ówczesnego słuchacza medycyny Dra Hipolita Rychlickiego. Ani w położeniu obwisłém tegoż obrzęku, ani w chwili jego naprężenia się nie można było wyśledzić żadnego wgłębienia między lewą a prawą połową obrzęku, którego środek był dokładnie zrośnięty z brzegami otworu w ścianie brzusznéj.

Długość jelita wypadniętego wynosi 28cm., obwód prawéj połowy o 2 do 3cm. większy niż lewéj, nadto prawa połowa jest miękka i elastyczna, lewa zaś więcéj skurczona przy swym końcu prawie chrząstkowato twarda. Z ujścia prawego, otoczonego licznemi promienistemi fałdami, wylewa się prawie bez przerwy na pół płynna treść kałowa i gazy, z ujścia lewego, które prócz swéj wązkości przedstawia te same cechy co ujście prawe, wydziela się od czasu do czasu skąpa ilość szklistego śluzu. Na podstawie tych wywiadów

rozpoznano, że prawa połowa kiszki była w połączeniu z żołądkiem, lewa zaś była częścią rzyciową. Badanie dalsze wykazało, że przez ujście prawe wypadniętéj kiszki można było wprowadzić zgłębnik żołądkowy tak daleko, że koniec jego czuć było przy prawym brzegu otworu w ścianie brzusznéj, przeciwnie w lewą połowę téjże kiszki wprowadzić się dał zgłębnik ledwie na 5cm., a przy użyciu nieco większéj siły, w celu wprowadzenia go głębiéj, występowała krew zmięszana z śluzem, a chora skarżyła się na dotkliwe bóle, co zatém świadczyło o zamknięciu światła jelita w téjże głębokości. Wypadnięta kiszka pokryta błoną śluzową mocno zaczerwienioną i obrzmiałą, ułożoną w głębokie poprzeczne fałdy, wzdłuż jéj osi przebiegają 3 płaskie na $1\frac{1}{2}$ cm. szerokie pasma, z nich jeden na przedniéj, drugi na górnéj, trzeci na dolnéj powierzchni jelita.

Pasma te dają się rozpoznać wyraźniéj na prawéj niż na lewéj połowie wypadniętéj kiszki, koło lewego jéj ujścia znajduje się kilka dość znacznych owrzodzeń. Przy skrapianiu wodą zimną widać wyraźne ściąganie się części żołądkowéj jelita, część rzyciowa porusza się przy tém postępowaniu tylko przy samym otworze w ścianie brzusznéj i to bardzo słabo.



Prócz opisanego wypadnięcia kiszki zasługuje na uwagę także nieprawidłowa postać brzucha téj choréj. W postawie bowiem leżącéj widać u niéj głęboką bruzdę oddzielającą wyniosłe łuki żebrowe od mocno wzdętego podbrzusza. W podżebrzu prawém czuć brzeg wątroby, w lewém wymacać można twardą i powiększoną śledzionę. Przy wypukiwaniu natrafiamy między stłumieniem wątroby i śledziony na pasek mniéj więcéj 6cm. szeroki idący od wyrostka mieczykowatego prostopadle na dół ku miejscu wypadnięcia kiszki. Pasek ten, wydający przy opukiwaniu odgłos pełny bębenkowy, odnosić można jedynie do żołądka, który pociągnięty został w położenie pionowe. Przy usiłowaném odprowadzeniu wywiniętego jelita okazało się, że część żołądkowa dała się odprowadzić w zupełności i bez żadnéj trudności, część zaś lewą wypadniętéj kiszki udało się wtłoczyć do jamy brzusznéj dopiero po kilkodniowém stosowaniu ciepłych okładów i to odprowadzenie nie było zupełne, gdyż sam koniec wywiniętéj kiszki opierał się wszelkim usiłowaniom odprowadzenia go w należyte położenie i tworzył prawdziwy kłębek *(volvulus)*, który można było wyczuć palcem wprowadzonym do otworu w ścianie brzusznéj. Po takiém zupełném wepchnięciu wypadniętego jelita do jamy brzusznéj okazało się, że przednia ściana obrzęku była właściwie tylną ścianą kiszki, na któréj nie można było znaleźć ani śladu ostrogi, jak również nie było w naszym przypadku lejka, który w zwykłych przypadkach rzyci nienaturalnéj utworzony bywa przez powłoki zewnętrzne i na którego dnie dopiero znajduje się wejście do przedziurawionéj kiszki. Po uskutecznioném odprowadzeniu żołądek, jak to można było wykazać jak najdokładniéj za pomocą wypuku, przybierał swe prawidłowe położenie, dołek podsercowy wyrównywał się i znikała owa głęboka bruzda między łukami żebrowemi a wzdętém podbrzuszem.

Większe trudności jednak niż samo odprowadzenie wypadniętéj kiszki, przedstawiało utrzymanie jéj w jamie brzusznéj, albowiem już po upływie kilku minut, a najdłużéj kwadransa, występowały silne kolki i nudności, które zmuszały do odjęcia opaski uciskowéj, którą starano się przytrzymać wypadające jelito, a po odjęciu téjże wysuwał się natychmiast najpierw koniec rzyciowy kiszki, a po nim zaraz i koniec żołądkowy, wylewając na zewnątrz masę kałową. Dopiero po uregulowaniu dyjety, którą znacznie uszczuplono, można było utrzymać wypadające jelito przez 4 do 6 godzin w jamie brzusznéj za pomocą opaski uciskowéj zaopatrzonéj w odpowiednią pelotę kauczukową, którą zatykano otwór w ścianie brzusznéj. Po 14 dniach pobytu w klinice nauczyła się chora odprowadzać sama wypadniętą kiszkę i zakładać opaskę, którą znosiła dobrze nawet podczas chodzenia przez kilka godzin i w tym stanie opuściła klinikę, nie chcąc się zgodzić na żaden zabieg operacyjny w celu stałego usunięcia nieprzyjemnéj choroby. Powstanie przepukliny w linii białéj, po rozdęciu jéj w skutek kilkakrotnych porodów i dwukrotnéj puchliny, nie należy do rzadkości, to tylko niezwykłe w naszym przypadku, że przepuklina ta, uległszy zaciśnięciu i przeszedłszy w zgorzel, nie zakończyła się, jak to prawie zawsze bywa, śmiercią, lecz że przyszło do utworzenia się rzyci nienaturalnéj, przyczém chora była w stanie oddawać się zwykłym domowym zajęciom.

Wypadnięta kiszka była w naszym przypadku bez wątpienia częścią jelita grubego; przemawiały zatém głębokie fałdy błony śluzowéj (*plicae sigmoideae*), trzy pasy muszkularne w jéj ścianach i to że kał wydzielany był dosyć zbity, przeciągnięcie zaś żołądka z położenia poprzecznego w podłużne przemawia jak najdobitniéj za tém, że mieliśmy do czynienia z wypadnięciem okrężnicy poprzecznéj. W celu lepszego zrozumienia sposobu powstania wypadnięcia i wynicowania się kiszki w opisanym przypadku posłużyć może badanie następne uwięzgniętéj przepukliny operowanéj przez prof. Bryka w listopadzie 1873 r. u 70-letniéj kobiety.

Przepuklina ta znajdowała się również w linii białéj nieco nad pępkiem. Po rozcięciu skóry i worka przepuklinowego znaleziono w nim obok kawałka sieci także 2 zatoki (*haustra*) kiszki grubéj już zgorzelinowe, które też po

rozszerzeniu pierścienia zaciskającego przez kilka płytkich nacięć pozostawiono *in situ*. Śmierć nastąpiła wśród wzmagającego się zapadu w 36 godzin po operacyi. Przy sekcyi znaleziono bramę przepuklinową wielkości talara w saméj linii białéj na 3 do 4cm. po nad pępkiem. W worku przepuklinowym leżała przednia ściana okrężnicy poprzecznéj, któréj 2 wydęte zatoki w rozciągłości czworaka były zgorzelinowe. Sieć zwyrodniała w kształcie postronka leżała po nad prawą połową okrężnicy i wstępowała do worka przepuklinowego, z którym była zrośnięta w całéj prawie jego rozciągłości, kiszka sama, po nad miejscem zgorzelinowém, była przyczepiona do ściany brzusznéj przez świeże wiotkie zrosty. Okrężnica poprzeczna, tylko mało z swego położenia wysunięta, tworzy w samym środku kąt mocno rozwarty, na którego wierzchołku właśnie znajdowało się miejsce zgorzelinowe. Tylna ściana okrężnicy pozostała jeszcze w jamie brzusznéj. Po otwarciu kiszki wypadniętéj widać na jéj tylnéj ścianie całkiem zdrowéj fałd poprzeczny, stojący dokładnie naprzeciw miejsca zgorzelinowego, jednak tak mało wystający do wnętrza kiszki, że światło jéj tylko bardzo nieznacznie było zwężone. W rozszerzonéj okrężnicy wstępującéj znaleziono zbite masy kałowe, część zaś zstępująca i prostnica były próżne i skurczone. Żołądek w położeniu prawidłowém, w jamie brzusznéj żadnéj wypociny, tylko część przednia otrzewny ściennéj mocno drzewkowato nastrzykana.

Nie ulega więc wątpliwości, że gdyby chora ta żyła dłużéj, natenczas, po skurczeniu się worka przepuklinowego w skutek ropienia, byłoby przyszło do utworzenia się rzyci nienaturalnéj bez żadnego lejka i mielibyśmy ten sam stan, co w przypadku pierwszym, z tą może różnicą, że wywinięcie ograniczyłoby się do części stolcowéj, gdyż część okrężnicy prawa, zatém żołądkowa, była przytrzymana przez sieć do niéj przyrośniętą.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. Kilka uwag o hipochondryi.

Napisał Dr. Maks. Gumplowicz.
Lekarz zakładu w Weidlingau.

(Dokończenie. Patrz Nr. 20)

Wskazaliśmy na wstępie ważność etyjologiczną zboczeń w narządzie trawienia względem hipochondryi. Tyczy się to przedewszystkiém takich zmian chorobowych, które się nie dają ani dokładnie umiejscowić ani według zasobu naszych doświadczeń ściśle określić. Łatwo pojąć, że pochodzące ztąd nieznane i niejasne wrażenia więcéj ku sobie zwrócą myśli chorego, niż np. zapalenie jakiego stawu, — może nierównie więcéj bolesne, które jednak wywołuje wrażenia zkądinąd już znane i dokładnie umiejscowione. Jak silnym czynnikiem są, nawet w obec najlepiéj rozwiniętéj inteligencyi, niejasne i nieokreślone uczucia podmiotowe, najlepszym dowodem tego są przypadki hipochondryi u lekarzy. Znane mi są dwa przypadki, w których lekarze sami u siebie rozpoznawali *tabes dorsalis* na podstawie tak nieznacznych objawów podmiotowych, któreby ich przy badaniu chorego nawet na myśl o chorobie rdzenia nie naprowadziły.

Co do zboczeń w narządzie płciowym stosunek ich etyjologiczny względem hipochondryi może być wieloraki. Może tu mieć również udział przeciągłe działanie nieokreślonych i niedokładnie umiejscowionych wrażeń, daléj stały stan pobudzenia niektórych ośrodków odruchowych (właściwa „słabość pobudliwa“), wreszcie ogólne osłabienie i wycieńczenie narządu nerwowego, a zatém i kory mózgowéj.

Wpływ zbytniego natężenia umysłowego mógłby również w podwójny sposób działać. Najpierw z nadmiaru pracy umysłowéj wyniknąć może stan podrażnienia — prawdopodobnie na zmianach chemicznych polegający — tych ośrodków korowych, których funkcyją jest właśnie myślenie, a stan ten podobnie może działać na ośrodki psycho-senzoryczne jak odpowiednie zmiany w innych ośrodkach nerwowych. Następnie osłabienie funkcyjonalne kory mózgowéj, wynikłe z dłuższego a silnego natężenia, przez zmniejszenie siły hamującéj stać się może czynnikiem etyjologicznym hipochondryi.

W podobny sposób pojąć możemy wpływ silnych przygnębiających ciosów moralnych, daléj wpływ niedostatecznego odżywienia i niedokrewności ogólnéj. Zastosujemy to samo tłumaczenie do faktu, że silnie rozwinięty umysł utrudnia w ogóle, słaby zaś i bezwładny ułatwia rozwój hipochondryi. Jeżeli — jak to nieraz bywa — u ludzi przyzwyczajonych do ciągłéj a silnéj walki o byt wtedy właśnie występuje hipochondryja, gdy zdobywszy sobie stanowisko pewne i niezależne zaczynają spoczywać na laurach, przypuścić możemy, że istniejące już dawniéj w ustroju przyczyny wrażeń podmiotowych, wstrzymywane przedtém przez działanie hamujące czynnéj kory mózgowéj, obecnie wystąpiły na jaw w skutek słabnącéj energii życia psychicznego.

Nie możemy tu wreszcie ominąć kwestyi, dla czego choroby płuc tak rzadko wywołują hipochondryję? Możemy się tu powołać na znany fakt, że choroby płuc tak często się łączą z p r z e k r w i e n i e m mózgu, podczas gdy w chorobach narządu trawienia znachodząca się — słynna niegdyś — *plethora abdominalis* snadnie nam wytłumaczyć jest w stanie stosunkową niedokrewność mózgu.

Zachodziłoby daléj pytanie, czy i w jaki sposób dałyby się uzasadnić owe odmiany i odcienia w obrazie klinicznym hipochondryi, któreśmy się starali uwydatnić w pierwszéj części niniejszych uwag? Nadmieniliśmy tam, że hipochondryja wyrosła na tle zboczeń w narządzie płciowym odznacza się zwykle niejakiém podmiotowém poczuciem niższości indywidualnéj, który to objaw psychologiczny w dalszym rozwoju przybrać może kształt obłędu prześladowczego; że natomiast w hipochondryi wywolanéj zboczeniami w narządzie trawienia nie znajdujemy tego objawu, owszem zbyt żywe i drobnostkowe zajęcie się własną osobą, które się w dalszym ciągu wyradza w egoizm wygórowany; że wreszcie hipochondryję następującą po zbytniém natężeniu umysłowém w organiźmie niedokrewnym cechuje głównie niezdolność do pracy umysłowéj i wynikające ztąd poczucie trwogi — do czego dodać jeszcze możemy tak częsty u osób niedokrewnych objaw chwilowego, szybko przemijającego, nawału krwi do mózgu (*congestio*) [1]).

Pierwsza przyczyna tych odcieni w obrazie klinicznym tkwi zapewne już w saméj właściwości odrębnéj tych spraw chorobowych, które w danym razie hipochondryję wywołały. Możemy dla uzasadnienia tego zdania wskazać na odmienny wpływ psychologiczny, jaki różnego rodzaju zboczenia ustrojowe wywierają na umysł zupełnie zdrowy. Chwilowa niestrawność, chwilowe wybryki w życiu płciowém, zarówno

[1]) Prawdopodobnie jako skutek upośledzonego odżywienia i wynikłéj ztąd słabości funkcyjonalnéj ośrodków naczynioruchowych w rdzeniu przedłużonym.

jak chwilowy nadmiar pracy umysłowéj niekorzystnie działają na nastrój umysłowy; jednakowoż nastrój psychologiczny umysłu w każdym z tych danych przypadków bywa wcale odmiennym. Istniejący tu niezawodnie związek między przyczyną organiczną, niejako dotykalną, a objawem psychologicznym zapewne nie jest nam jasnym i nie pokusimy się nawet o bliższe wyjaśnienie go; faktu jednak samego — jako przedmiotu ogólnego doświadczenia — zapewne nikt nie zaprzeczy, a wskazuje on nam *per analogiam*, że różnica w cechach psychologicznych hipochondryi pierwotnie zawartą już być może w samych jéj źródłach organicznych. Niemniéj jednak i cały charakter psychologiczny chorego, stopień rozwoju jego sił umysłowych, właściwy mu zasób nabytych wyobrażeń nadadzą odrębne piętno objawom klinicznym hipochondryi. Jeżeli np. lekarz dotknięty hipochondryją w sposób szczegółowy opisze nam i udowodni istnienie swéj niby *tabes dorsalis*, nie powiemy wprawdzie, że zajęcie się umiejętnością lekarską jest przyczyną hipochondryi, ale zrozumiemy, że usposobienie hipochondryczne w umyśle lekarza taki mogło znaleźć wyraz. W podobny sposób określimy wpływ i znaczenie czytania pism lekarskich popularnych, które nieraz przytaczane bywa jako przyczyna hipochondryi, a które tylko istniejącym już myślom hipochondrycznym nadaje właściwy wyraz i kierunek. Podobnie pojmiemy, że psychiczny stan przygnębienia u niektórych hipochondrów przyjmuje kształt obłędu religijnego. Zrozumiemy wreszcie, że usposobienie hipochondryczne z jakiejkolwiek przyczyny powstałe u osób, które przebyły kiłę i przejęte są obawą o jéj późniejszych ciężkich objawach, przybiera kształt „syfilidofobii“. Daléj sięgając w tym kierunku moglibyśmy poniekąd zdać sobie sprawę co do stosunku, jaki zachodzi między hipochondryją a histeryją. Nie wchodząc w bliższy rozbiór téj kwestyi napomkniemy tylko o jednym, już wyżéj przytoczonym, wspólnym objawie tj. o „słabości pobudliwéj“, wynikającéj z osłabienia władzy hamującéj ośrodków korowych. Jeżeli „słabość pobudliwa“ w histeryi przeważnie się objawia w zakresie nerwów ruchowych (skorość do odruchów, kurcze, stężenie mięśni, kurcze i rozszerzenie się naczyń krwionośnych itd.), już sam fakt statystyczny, że histeryja prawie wyłącznie u kobiet się znachodzi, wskazuje nam kierunek, w którym przyczyny téj właściwości histeryi szukać należy. Stanowisko społeczne mężczyzny, zmuszające go w ogóle do daleko silniejszego wystąpienia na zewnątrz, wyrabia jego charakter psychologiczny daleko więcéj w kierunku, że tak powiemy, odśrodkowym: wola jego jest silniejszą, siła żywotna ośrodków psycho-motorycznych bardziéj wytrzymałą niż u kobiety; ztąd też ta czynność mózgowa, która skierowaną jest na zewnątrz, która wywołuje i hamuje czynność nerwów ruchowych, nie tak łatwo stanie się bezwładną u mężczyzny, jak to ma miejsce u kobiet; dla tego „słabość pobudliwa“ w téj postaci, jaką nam histeryja przedstawia, jest przeważnie udziałem kobiet a tylko wyjątkowo u mężczyzn się znachodzi.

Przestając na tych kilku pobieżnych uwagach psychopatologicznych wracamy, kończąc, na praktyczne pole wniosków terapeutycznych. Pierwsze tu miejsce zajmuje oczywiście — o ile to jest możebném — zadośćuczynienie wskazaniom przyczynowym. Terapija chorób narządu trawienia, leczenie nasieniotoków, pomazań nocnych i dziennych, zmniejszonéj władzy spółkowania, wreszcie leczenie ogólnéj niedokrewności wchodzą w zakres leczenia hipochondryi. Omijając te odrębne działy terapii zajmiemy się tu tylko leczeniem hipochondryi jako takiéj, a mianowicie dwoma sposobami leczenia, które najczęściéj bywają tu zalecane, t. j. leczeniem psychicznem i hidryjatryczném. Co do leczenia psychicznego zachodzi najpierw pytanie, jakie przepisy mamy dać choremu względem pracy umysłowéj? Ze względu na znaczenie, jakie przypisujemy silnie rozbudzonéj funkcyi psychicznéj w hipochondryi i że mianowicie jest w stanie działać hamująco na objawy hipochondryczne. musimy uznać w zasadzie, że praca umysłowa powinna być zalecaną w hipochondryi. Zdanie to jednak ważném jest tylko z tém zastrzeżeniem, ażeby praca umysłowa w danym przypadku nie była zbyt silną w stosunku do sił indywidualnych chorego, gdyż w razie przeciwnym następujące znużenie i osłabienie wywarłoby wprost przeciwny skutek. Wynika ztąd przedewszystkiém, że w tych przypadkach, w których hipochondryja powstała w skutek nadmiaru pracy umysłowéj, dłuższy spoczynek i spokój umysłowy jest wskazanym. Zważywszy daléj, że w hipochondryi tak często liczyć się musimy z narządem myślenia, przez brak odpowiedniego rozwoju lub przez ogólną niedokrewność osłabionym, wypada ztąd, że zajęcie umysłowe zalecić winniśmy tylko z uwzględnieniem sił indywidualnych, ostrożnie i stopniowo. Tam jednak, gdzie się nam uda, po usunięciu pierwotnych przyczyn i przy dobrym stanie odżywienia, nakłonić chorego do odpowiedniéj pracy umysłowéj, tam hipochondryję uważać możemy za wyleczoną. To samo cośmy o pracy umysłowéj powiedzieli, tyczy się również t. z. „rozrywek“ zalecanych nieraz hipochondrom. Wieczór spędzony w teatrze, na koncercie lub w wesołém towarzystwie wymaga u wielu osób równego natężenia umysłowego, jak u innych rozwiązanie trudnych zadań naukowych. Tam gdzie istnieje jeszcze w wysokim stopniu stan „słabości pobudliwéj“ obok niedokrewności i złego odżywienia, tam „rozrywki“ zamiast rozweselić umysł i rozpędzić myśli hipochondryczne, owszem, przez przeciwstawienie wesołych obrazów świata zewnętrznego w obec niedołęztwa osobistego, działają przygnębiająco. Dopiero po skuteczném zadośćuczynieniu wskazaniom przyczynowym, rozbudzające umysł rozrywki, podróże itd. mogą dopełnić leczenia. Z tego samego punktu widzenia ocenić możemy znaczenie i wartość t. z. leczenia psychicznego *sensu strictiori*, t. j. wartość wpływu psychicznego, jaki lekarz może wywrzeć na chorego. Znaną jest rzeczą, że prawie każdy nowy lekarz i każdy nowy lek z początku uszczęśliwia chorego, że jednak zwykle wkrótce potém następuje rozczarowanie. Widzimy w tym objawie psychologicznym nic innego, jak tylko działanie chwilowego pobudzenia psychicznego, chwilowego żywszego zajęcia się chorego nową myślą, poczém następuje odpowiednie znużenie umysłu, a tém samém silniejsze wystąpienie objawów hipochondryi. Natomiast przytoczyliśmy poprzednio przypadek (u słuchacza uniwersytetu p. A.), w którym wyłącznie leczenie psychiczne odniosło świetny skutek. Zdarzyło mi się, że hipochondryk, który od dwóch lat nie był się oddalił więcéj niż kilkaset kroków od miejsca swego pobytu w mniemaniu, jakoby mu to było niemożebném, w skutek zapewnienia mego, że mu to nic zaszkodzi, odbył od razu kilkagodzinną szybką przechadzkę i był odtąd uwolnionym od téj myśli hipochondrycznéj. Oczywiście tego rodzaju cudy terapeutyczne wtedy tylko udać się mogą, jeżeli przyczyny hipochondryi już minęły a ogólny stan odżywienia jest zadowalający; w takich warunkach leczenie psychiczne może mieć niemałą wartość i może ostatecznie usunąć myśli hipochondryczne, które pozostały od dawna a tylko powierzchownie zajmują jeszcze

umysł, straciwszy głębszą swą podstawę w nastroju umysłowym.

Co do działania hidroterapii na hipochondryję możemy się ograniczyć do kilku słów. Hidroterapija o tyle jest przydatną do leczenia hipochondryi, o ile w danym razie odpowiada wskazaniom przyczynowym, a zatém o ile korzystnie działać może na choroby narządu trawienia, na spaczoną funkcyję narządu płciowego, na niedokrewność i na ogólny stan odżywienia. Ze względu na wskazanie chorobowe *(indicatio morbi)* hidroterapija jest tu obojętną i tyle tylko ma znaczenia, o ile się z nią łączy leczenie psychiczne. Na co jednak właśnie ze względu na częste zastósowanie hidroterapii w hipochondryi szczególną kładziemy wagę, to jest: dokładne rozróżnienie hipochondryi samoistnéj od téj hipochondryi, która jest tylko jednym z objawów cięższych chorób mózgowych, jakeśmy to powyżéj wspomnieli. Mamy bowiem to silne przekonanie, że w takich chorobach psychicznych, które polegają na głębszych zmianach organicznych mózgu, — hidroterapija jest wręcz przeciwwskazaną. W przekonaniu tém, opartém zarówno na trzeźwém rozumowaniu jak na dość licznem doświadczeniu praktycznem, — nie zachwiała nas dotąd żadna „statystyka" zakładów hidryjatrycznych, któréj wartość należycie oceniamy i ocenić umiemy. Nie idzie zatém, ażeby niektóre rękoczyny hidryjatryczne nie mogły tu i owdzie znaleźć odpowiedniego zastosowania w psychijatryi: systematyczne jednak zastosowanie lżejszych nawet form hidroterapii w wspomnionych chorobach psychicznych — wyjąwszy może niektóre przypadki kiły mózgowéj — uważamy za błąd stanowczy. Już przez sam wzgląd na tę ważną kwestyję terapii, bliższy rozbiór hipochondryi w ogóle i bliższe szczegółowe rozpoznanie danych przypadków zdają nam się być przedmiotem godnym uwagi.

III. Oceny i sprawozdania.

Sanitätskarte der Bukowina mit einem Commentar. Wien, 1880, von Dr. Carl Denarowski.

Aczkolwiek kartografija gdzieindziéj często bywa stósowaną do przedstawienia poglądowego obrazu stosunków statystyczno-geograficznych i lekarskich, to w Austryi dotychczas nie wiele tylko w tym względzie mamy prób; na tém większe też uznanie zasługuje mapa Bukowiny, na którą niniejszą wzmianką chcemy zwrócić uwagę.

Nas mapa ta więcéj może obchodzić niż innych, bo dotyczy kraju sąsiadującego z nami i pod wielu względami do nas zbliżonego. Na mapie téj oznaczono znakami miejscowości, które w ciągu 13 letniego okresu czasu przez epidemije nawiedzone zostały oraz miejscowości, gdzie endemicznie pojawia się wole, kretynizm i zimnica. Uwidoczniono też i miejscowości, gdzie znajdują się apteki i zdroje lekarskie. Oznaczenie pojedyńczo miejscowości dotkniętych epidemijami mniéj jest jednak pouczającém, niż gdyby, na wzór wydawnictw amerykańskich, na mapach oznaczono odcieniami różnych barw obszary dotknięte w różnym stopniu chorobami epidemicznemi lub uwidoczniono różne szczgóły niejednako na całym obszarze kraju napotykane. Więcéj pouczającém byłoby też, gdyby i inne stosunki np. geologiczne, meteorologiczne zostały były przedstawione.

Co do książki dodanéj to nie jest ona komentarzem mapy w ścisłém tego słowa znaczeniu, ale opisem higijenicznym kraju i jako taki zasługuje na uwagę i będzie bardzo pożytecznym, jeżeli na tle niejako tego obrazu rok rocznie będzie ogłaszane sprawozdanie.

Bukowina jestto kraj pod wielu względami higijenicznemi więcéj jeszcze zaniedbany niż Galicyja, o którym zresztą względnie mało co wiemy, z książki więc Dr. D. wiele dowiedzieć się można. Dość zwrócić na to uwagę, że np. mało znane nam są zdrojowiska na Bukowinie, że jednak jest ich tam niemało, bo D. przytacza opis lub czyni wzmiankę o 33, co na kraj o powierzchni 10.434 kw. klm. nie jest mało. Co do zaludnienia to jest ono slabém, gdyż Bukowina liczy ogółem 511.964 mieszkańców, na 1 klm. przypada zaledwo 49 mieszk. Ludność męska przeważa w stosunku 1000 : 994.

Z pośród stosunków etnograficznych zasługuje na uwagę szczep Lipowanów, zamieszkujący głównie miejscowość Klimoutz ($15\frac{1}{2}$ klm. do Seretu), szczep taki bowiem, zupełnie niejako od cywilizacyi odcięty, nigdzie prawie zresztą w Europie nie istnieje. Ciekawemi więc pod niejednym względem byłyby stosunki chorobliwości, gdyby się je udało zbadać, ale lud ten bardzo niedostępny. Znajdujemy tylko ciekawych kilka dat co do epidemii ospy u tego szczepu. Mimo że szczepienie jest wzbronione przepisami religijnemi, z 759 osób dotkniętych chorobą zmarło tylko 44, tj. $5\frac{7}{10}\%$, gdy w całym kraju wynosi odsetek śmiertelności między szczepionymi 20% a między nieszczepionymi 50%. Za to u 374 osób pozostały po chorobie szpecące blizny.

Co do ogólnych stosunków śmiertelności i chorobliwości to ciężkie epidemije bardzo często kraj nawiedzają a nie można się temu dziwić, jeżeli zwrócimy uwagę na brak urządzeń sanitarnych, niski w ogólności stopień cywilizacyi i apatyję mieszkańców, w końcu zapewne i brak lekarzy, pod względem którego jednakowoż w opisie Dra D. nie znajdujemy żadnych szczegółów.

Śmiertelność w całym kraju jest bardzo wysoką, bo wynosi 41·3 rocznie na 1000, ludność kraju jednakże wzrasta a to z powodu nader wysokiéj cyfry urodzin bo 46·6 rocznie na 1000, — gdy w Galicyi śmiertelność np. w r. 1875 wynosiła 35·0.

W końcu podaje autor liczne dokumenta świadczące o zapobiegliwości zarządu miejskiego stolicy Czerniowic, który opłakane stosunki sanitarne miasta przez zaprowadzenie kanalizacyi i wodociągów poprawić zamierza.

Przytoczyliśmy niektóre szczegóły z książki Dra D. na dowód, jak wiele znaleźć w niéj można ciekawych szczegółów nadających się do porównań; z tego względu polecić można każdemu z lekarzy urzędowych bliższe z nią zapoznanie się. Już po przejrzeniu jéj niewątpliwie każdy pojmie jéj znaczenie i każdego owładnie żal, że dotąd nie posiadamy podobnéj książki o stosunkach Galicyi. *K. G.*

O cięciu cesarskiém i jego metodach

napisał Dr. A. Mars

Docent położnictwa i Asystent kliniki położniczo-ginekologicznéj U. J.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 20).

B) Operacyja cięcia cesarskiego na osobach zmarłych.

Na osobach zmarłych wykonywa się operacyję cięcia cesarskiego według dawniejszéj metody co tylko opisanéj. Odnośne wskazanie wymieniono powyżéj. Ponieważ operacyję cięcia cesarskiego na osobie zmarłéj wykonywa się zawsze niespodziewanie, ponieważ nadto operacyję powinno się wykonać ile możności jak najprędzéj po śmierci matki

dla tego trudno jest cokolwiekbądź mówić o przygotowaniach do operacyi, nie ma bowiem częstokroć czasu do dokładniejszych przygotowań, zdarzyć się bowiem łatwo może, że lekarz sam jeden bez asystencyi, zdala od swego mieszkania jest zmuszony do wykonania téj operacyi, dla tego można powiedzieć tylko ogólnie: że przygotować należy wszystko co bez straty czasu przygotować można, a nadto, że operator może operacyję rozpocząć a równocześnie ktoś drugi może starać się o przygotowanie rzeczy, któreby mogły być potrzebne dla noworodka lub do opatrzenia osoby operowanéj. Co się tyczy kwestyi, czy należy operacyję tę wykonywać na osobie umierającéj, ustawa rakuska mówi tylko o umarłych, nie wspomina zaś nic o umierających lub pozornie zmarłych; dla tego Braun, w nowém wydaniu swego dzieła (str. 820), powiada, że lekarz powinien się wpierw przekonać, czy śmierć matki rzeczywiście nastąpiła, tj. czy oddychanie i działanie serca zupełnie ustało, daléj powinien się przekonać, czy nie zaszły jakie zmiany w postępie porodowym podczas umierania matki, a mianowicie takie, któreby dozwalały za pomocą operacyi kleszczy lub za pomocą obrotu naturalnemi drogami porodowemi ukończyć poród. Dopóki mamy podejrzenie, że matka jest pozornie obumarłą, winniśmy ją do ostatka cucić i co najwięcéj, jeżeli dziecko żyje, starać się, aby naturalnemi drogami porodowemi urodzić się mogło. Co do czasu, ki dy operacyję wykonać należy po śmierci matki, istnieje zasada, że należy ją wykonać w kilka minut po śmierci matki i to nawet mimo przekonania, że żywe dziecko się nie urodzi. Ze względu na płód ustawa nie wymaga wcale, aby był zdolny do życia lub żyjący, wystarcza, jeżeli płód ma więcéj aniżeli 20 tygodni i aby się urodził z objawami życia, aby chrzest z potrzeby mógł być skutecznie na nim wykonany. Jak zatém z jednéj strony rozsądne ociąganie się z wykonaniem operacyi zalecić przychodzi w przypadkach, w których mamy choć najmniejsze podejrzenie, że matka jeszcze żyje lub jest tylko pozornie obumarłą; tak z drugiéj strony należy użyć całego p śpiechu od chwili, gdy wiemy, że matka z pewnością nie żyje. Operacyję należy wykonać z całą skrupulatnością tak jak ją wykonywamy na osobie żywéj, a po ukończeniu założyć opatrunek. Postępowanie pooperacyjne polega na obserwowaniu trupa aż do poczynającego się gnicia, co gdy nastąpi można dozwolić grzebania zwłok po upływie prawem oznaczonego terminu, tj. 48 godzin.

Co do życia płodu rokowanie po operacyi cięcia cesarskiego na trupie jest złém. Horwitz i Garezky zestawili statystykę 379 przypadków. Z tych 308 dzieci było nieżywych, 37 ze znakami życia urodzonych, 34 żyjących czyli 11%; z tych 34 tylko 5ro zostało dłuższy czas przy życiu, zatém istotnie wyratowano 1·31%. Aczkolwiek procent wyratowanych płodów jest tak mały, to jest on więcéj niż wystarczającym, aby operacyję cięcia cesarskiego na trupie usprawiedliwić, a to tém więcéj, ile że w państwie rakuskiém wykonywanie operacyi na umierającéj jest niedozwoloném.

Od czasu do czasu czytać można podania, że płód w 6 lub 7 godzin po śmierci matki został żywo urodzony za pomocą cięcia cesarskiego. Przypadki te prawie niewątpliwie uważać możemy za takie, w których operacyja wykonaną została na osobie pozornie zmarłéj. Doświadczenia bowiem czynione na zwierzętach wykazały, że płody jeżeli dłużéj żyją aniżeli nagle obumarła matka, to przecież giną dość szybko tak, że możemy wysnuć wniosek: że płód urodzony w pierwszych 6ciu minutach po śmierci matki będzie żyjącym, w czasie między 6 a 10 minutami lekko omdlałym, między 10 a 26 minutami mocno omdlałym tak, że nie można się jego życia spodziewać. Zasada w powyższym wniosku wypowiedziana nie ma jednakowoż ogólnego zastósowania o tyle, że zdarzają się przypadki, w których płody wydobyte już w pierwszéj minucie po śmierci matki były nieżywe. Fakt ten ostatni tłumaczy się łatwo w ten sposób, że jakość śmierci matki wpływa znacznie na trwanie życia dziecka. I tak faktem jest, że jeżeli matka umarła skutkiem szybko działającéj trucizny bardzo nagle, płody żyją stosunkowo jeszcze po jéj śmierci, podczas gdy w przypadkach powolnego obumierania, lub gdy śmierć matki pochodzi z niedostatecznego utleniania krwi, płody obumierają pierwéj aniżeli matka, jak to wykazał w swéj ostatniéj pracy Runge, umierająca bowiem matka odbiera płodom zapasowy ich kwasoród.

C) Operacyja cięcia cesarskiego według metody Porry.

Metoda cięcia cesarskiego według Porry polega na usunięciu w znacznéj części macicy z częściami dodatkowemi po wydobyciu płodu sztuczną drogą porodową, przez nacinanie powłok brzusznych i ściany macicy utorowaną. Prócz wskazania 2go prawnego mamy teżsame wskazania do operacyi według metody Porry jak przy metodzie dawniejszéj. Do przeciwwskazań przy metodzie dawniejszéj wyszczególnionych, które i do metody nowéj się odnoszą, dodać musimy: 6te te przypadki, w których dolny odcinek macicy jest wysoko zwyrodniały nowotworowo, a tem samém wykonanie metody Porry niemożebne. Przygotowanie osoby operować się mającéj, mieszkania, odwonienie, liczba asystentów i służba winny być takie same jak przy metodzie dawniejszéj. Co do czasu stósownego do operacyi nie potrzebujemy się oglądać na czynność porodową jak przy dawniejszéj metodzie, ale możemy wybrać chwilę, która nam się wydaje stósowniejszą ze względu na zewnętrzne warunki, np. ze względu na porę dnia, wygodniéj bowiem operować przy świetle dziennéni, aniżeli sztucznèm. Naturalném jest, że jeżeli będziemy mieli przed sobą rodzącą, u któréj czynność porodowa już daléj postąpiła, lub co więcéj pękł pęcherz, nie będziemy zwlekać operacyi tylko podobnie jak przy dawniejszéj metodzie przystąpimy zaraz do operacyi. Z narzędzi należy przygotować, prócz tych które przy dawniejszéj metodzie wyszczególniono: 1) Ecraseur Billrotha z klamrą Péana; 2) mocne grube nici do podwiązania szypułki macicznéj; 3) Spray; 4) Termokauter lub środki żrące do pomazania rany w szypułce.

Operacyja. Aktów operacyjnych rozróżniamy 5 i tak: 1) Otwarcie jamy brzusznéj, 2) otwarcie jamy macicy, 3) wydobycie płodu, 4) wydobycie macicy, założenie na niéj pętli zgniatacza, wydobycie popłodu i odcięcie macicy, 5) zespojenie rany w ścianach brzusznych i opatrzenie kikuta macicznego. Pierwsze trzy akty operacyjne wykonywa się jak przy metodzie dawniejszéj. Akt 4ty: przy pomocy asystentów, którzy uciskając powłoki brzuszne, tak aby szczelnie do ścian macicy przylegały, starają się macicę tak nastawić, aby się jéj brzeg jeden w ranie ukazał, ujmuje operator macicę ręką do rany w powłokach brzusznych wprowadzoną i wyprowadza ją na zewnątrz. Jeżeliby się rana w powłokach brzusznych okazała za małą, należy ją rozszerzyć w kierunku ku górze na lewo od pępka. Podczas wydobywania macicy z jamy brzucha muszą asystenci bardzo uwa-

żać, aby powłoki brzuszne i brzegi rany szczelnie przylegały do ścian macicy, a po wydobyciu okalając jéj dolny odcinek, aby w dalszym ciągu ku górze szczelnie przylegały do siebie, a to w celu, aby ani krew z rany maciczném do jamy brzucha się nie dostawała, ani na odwrót z jamy brzucha jelita wypaść nie mogły. Działanie operatora musi być tutaj szybkie ze względu na krwotok z rany maciczném, dla tego też natychmiast po wydobyciu macicy na zewnątrz chwyta palcem wskazującym i wielkim jednéj ręki część nadpochwową macicy i ugniata ją niemi, aby krwawienie ile możności jak najprędzéj powstrzymać. Asystent naprzeciwko operatora stojący zakłada szybko nad miejscem palcami uciśniętém pętle zgniatacza Billrotha w wysokości ujścia wewnętrznego, uważając, aby oba jajniki po nad pętlą się znalazły i ściąga pętlę zgniatacza dopóty, dopóki jeszcze rana maciczna krwawi. Co gdy nastąpiło, puszcza operator część nadpochwową macicy, którą miał w palcach i przystępuje do odcięcia macicy. Szybkiemi długiemi cięciami odcina ją na 2 cm. po nad pętlą zgniatacza wraz z jajnikami, ogląda starannie ranę na kikucie, wyrównywa ją nożyczkami zakrzywionemi i uważa, czy nie krwawi, co jeżeli ma miejsce, zaciska jeszcze mocniéj pętle zgniatacza. Co do tego aktu zwrócić należy uwagę, aby pętla zgniatacza była założoną na miejscu przejścia szyi w ciało macicy, a to z następujących względów: W miejscu tém jest macica najcieńszą, a tém samém średnica w pętlę zgniatacza ujętych części jest najmniejszą. Daléj gdybyśmy ujęli powyżéj, ujęlibyśmy części znacznie grubsze, ujmując zaś poniżéj, pomijając trudność wykonania, otrzymalibyśmy kikut zanadto krótki, poczém albo nie dałby się w ranie powłok brzusznych umocować, albo umocowany przy następowém zawijaniu się jego byłby zanadto naciągnięty, co może znów być przeszkodą w gojeniu się rany w powłokach brzusznych, wywołać zapalenie otrzewny itd. Uwzględnić wreszcie należy okoliczność, że pętla zgniatacza może przeciąć otrzewną i może zajść potrzeba założenia powtórnego pętli poniżéj, musi zatém kikut być dostatecznie długim, aby się to dało w danym razie wykonać. Ostatnia uwaga odnosi się szczególniéj do tych przypadków, w których skutkiem dłuższego trwania czynności porodowéj szyja jest zanadto wyciągniętą, w takich bowiem razach tkanina jéj jest kruchszą i nader łatwo się rozdziera. Akt 5ty rozpoczyna się od oczyszczenia jamy otrzewnéj mimo przekonania, że się do niéj nie wiele albo nic nie dostało. Oczyszczenie jamy otrzewnéj polega na wprowadzaniu jednéj po drugiéj małych gąbeczek w zamykanych utrzymywaczach umocowanych do zatoki Douglasa, co się powtarza dopóki wydobywane gąbeczki krwią, cieczą surowiczą lub wodą płodową są napojone. Daléj następuje zespojenie rany i tak w dolnym jéj kącie umieszcza operator szypułkę maciczną tak, że pętla zgniatacza leży po nad skórą i wstrzymuje szypułkę od wciągnięcia się jéj do jamy brzucha, powyżéj zaś zespaja brzegi rany w ścianie brzusznéj w sposób przy dawniejszéj metodzie opisany. Przed założeniem opatrunku oczyszcza się powłoki brzuszne, daléj zaciska operator klamerkę Péana na łańcuszku zgniatacza Billrotha i przyrząd zgniatający odejmuje pozostawiając tylko łańcuszek z klamerką. Wreszcie naciera sterczącą część kikuta po nad łańcuszkiem zgniatacza chlorkiem zynku, półtorachlorkiem żelaza lub przypieka termokauterem, zakłada opatrunek Listera, wyściela brzuch watą, zakłada na wierzch opaskę i przenosi chorą na obok przygotowane ogrzane łóżko.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Mauthner Prof. L. **Gehirn und Auge**. Wiesbaden. 1881, stron. 260, streścił Dr. E. Machek.

Choroby mózgu, a raczéj choroby śródczaszkowe, mogą w czworaki sposób sprowadzić choroby oka: 1. Najprzód znajdujemy w pewnych przypadkach upośledzenie funkcyi bez takich zmian anatomicznych, któreby w oku wziernikiem spostrzedz można. Siatkówka i nerw wzrokowy są zupełnie zdrowe, podobnie jak nerwy obwodowe, porażone skutkiem chorób ośrodkowych. W tych przypadkach zmiany wewnątrz czaszki istniejące, sprowadzając upośledzenie funkcyi nieinaczéj oddziaływają na nerw wzrokowy jak na każdy inny nerw obwodowy. Siedzibą zaś choroby, która takie sprowadza zmiany, mogą być nie tylko właściwe ośrodki widzenia w mózgu, lecz także pasma nerwów wzrokowych, skrzyżowanie a wreszcie część śródczaszkowa nerwu wzrokowego. Według rozmaitego umiejscowienia choroby zboczenia dotyczące funkcyi są różne. Rezultaty, do jakich doszedł autor, które zresztą już dla tego że się opierają na bardzo rzadkich przypadkach hemianopii tylko u specyjalistów żywsze budzą zajęcie, podamy w krótkiém streszczeniu poniżéj. 2. Drugi rodzaj zależności chorób oka od chorób mózgowych objawia się zmianami anatomicznemi w oku, które spostrzedz można za pomocą wziernika. Zależność na tém polega, że nerw wzrokowy jest niejako wysuniętą częścią mózgu. Pochwy nerwu tego są dalszym ciągiem opon mózgowych, a przestwory międzypochewkowe dalszym ciągiem przestworów znajdujących się pomiędzy oponami mózgu *(Subdural- und Subarachnoidealräume)*. Ciecz, która, w przypadkach podwyższonego ucisku śródczaszkowego, z czaszki dostaje się do przestworów międzypochewkowych, uciska nerw wzrokowy, sprowadza, utrudniając przypływ krwi tętniczéj do oka a odpływ żylnéj z oka, zaburzenia w krążeniu a skutkiem tego powstaje albo tarcza zastoinowa albo zapalenie nerwu wzrokowego i siatkówki. Rozpoznajemy tarczę zastoinową według autora tylko wtenczas, jeżeli wierzchołek obrzmiałéj tarczy wystaje co najmniéj $^3/_4$ mm. ponad poziom dna oka, (jak to stwierdzić można, zob. Mauthner *Ophthalmoscopie* 1867, p. 206); brzegi tarczy są zamazane, skutkiem czego tarcza znacznie powiększoną się wydaje, ani obwódki twardówkowéj ani naczyniówkowéj nie widać. Co do barwy tarcza najczęściéj jest mocno zaczerwienioną, czasem jednak szarą albo szaro-czerwoną, w innych zaś przypadkach tylko jeden albo drugi wycinek jest czerwony. Drobnych otworów w *lamina cribrosa* nie widać. Żyły są grubsze i mocno pokręcone, na tarczy widać czasami wybroczyny, siatkówka zaś z wyjątkiem najbliższego otoczenia tarczy *(peripapilläre Zone)* jest zupełnie przeźroczysta i prawidłowa. Zapalenie zaś nerwu wzrokowego i siatkówki wtenczas rozpoznajemy, kiedy tarcza chociaż wyraźnie lecz miernie jest obrzmiałą, siatkówka ćmą, a naczynia żylne są pokręcone i grubsze.

Teoryję powstania tarczy zastoinowéj, o któréj wyżéj wspomnieliśmy, podali Schmidt i Manz, opierając się na badaniach anatomicznych Schwalbego (1869). Niemcy tę teoryję nazywają *Transporttheorie*. Ciecz, która się dostaje z czaszki do przestworów międzypochewkowych sprowadza nie tylko tarczę zastoinową, lecz wydyma także pochewki, *Hydrops vaginae nervi optici*, które wydęcie anatomicznie Stellwag już w r. 1856 opisał, nieznając przyczyn jego powstawania (*Ophthalmologie* t. III.). Obrzmienie tarczy powstaje skutkiem wysięku surowiczego, a że naczynia doznają ucisku, więc żyły grubieją, drobne żyłki się nastrzykują, tak

że je wziernikiem spostrzedz można, tętnice stają się węższe, a później, choć nie zawsze, występują objawy zapalne, wypociny i przerost tkanki łącznéj. Powyższa teoryja ma najliczniejszych zwolenników, chociaż nie ulega wątpliwości, że wszystkich nie tłumaczy przypadów.

Dawniejsza teoryja Türcka *(Graefe* i *Coccius)* opierała się na przypuszczeniu, że podwyższony ucisk śródczaszkowy tak wpływa na *sinus cavernosus* uciskając ściany tegoż, iż odpływ krwi z żył ocznych jest utrudniony *(Blutstauungstheorie)*. Późniejsze jednak badania anatomiczne wykazały, że skutkiem połączenia żył ocznych z żyłami twarzy, które po większéj części nie mają zastawek, podobne tłumaczenie powstawania zastoiny nie ma podstawy. Dodać tu wreszcie trzeba, że sprawy zastoinowe i przekrwienia nie sprowadzają zapalenia, podczas kiedy ucisk jest jedną z częstszych przyczyn tegoż. Benedikt twierdzi, że zapalenie n. wzrokowego powstaje skutkiem zmian odnoszących się do nerwów naczynioruchowych (*vasomotorische Neurose*). Leber i Annuske wreszcie sądzą, że przyczyną podwyższonego ucisku śródczaszkowego jest *Hydrocephalus internus*, powstały skutkiem drażniącego wpływu pierwotnéj choroby mózgowéj. Nie tłumaczą jednak, jak skutkiem podwyższonego ucisku śródczaszkowego powstaje tarcza zastoinowa.

Już ilość teoryj wskazuje, że nie we wszystkich przypadkach wykazać możemy związek przyczynowy, który istnieje pomiędzy chorobą mózgu z jednéj strony a tarczą zastoinową z drugiéj. Doświadczenie jednak uczy, że w bardzo wielu przypadkach nowotworów w mózgu (tętniaki, guzy kostne, gruźlaki, mięsaki, kilaki) napotykamy tarczę zastoinową albo zapalenie n. wzrokowego a przytém nagromadzenie ropy, krwi lub cieczy surowiczéj pomiędzy pochwami nerwu wzrokowego. Toż samo choć nie tak często zdarza się w przypadkach przewlekłego zapalenia błon mózgowych, ropni mózgu i zapalenia samorodnego mózgu. Im znaczniejsze obrzmienie tarczy, têm prawdopodobniejszy jest nowotwór w mózgu, chociaż za têm nie idzie, aby w każdym przypadku nowotworu śródczaszkowego tarczę zastoinową wykazać można. Zapalenie zaś n. wzrokowego może powstać skutkiem nowotworu, ropnia, przewlekłego zapalenia mózgu lub błon mózgowych, najczęściéj jednak jest idiopatyczne. Ostre zaś zapalenie błon mózgowych, czy to ropne czy gruźlicze, zazwyczaj nie sprowadza żadnych zmian w tarczy.

Tarcza zastoinowa i zapalenie nerwu wzrokowego kończą się albo zupełnym zanikiem włókien nerwowych a przerostem tkanki łącznéj, skutkiem czego brzeg tarczy jest zamazany *(neuritische Atrophie)*, albo w przypadkach wyleczenia i usunięcia pierwotnéj przyczyny (kilaki) przedstawia obraz wziernikowy cechy częściowego albo samoistnego zaniku *(Decoloratio papillae* albo *Atrophia alba)* lub jest zupełnie prawidłowy. Bystrość wzroku i pole widzenia mogą być w rozmaitym stopniu upośledzone albo téż prawidłowe.

W przebiegu przewlekłych chorób nerkowych, duru i płonicy występuje czasem zupełna ślepota, zapewne skutkiem uremicznego zakażenia krwi. Czy przyczyny ślepoty szukać należy w ośrodkach widzenia, lub w innych częściach mózgu, rozstrzygnąć nie można. W każdym jednak razie przyczyna jest mózgowa a nie obwodowa. Natomiast upośledzenie bystrości wzroku, które się pojawia w przypadkach nadużycia wyskoku, tytoniu, hadżyszu, po zatruciach ołowiem, powstaje zdaniem autora skutkiem zmian obwodowych. Upośledzenie to nigdy nie powstaje skutkiem tarczy zastoinowéj, jak Magnus twierdzi, lecz skutkiem spraw zapalnych lub zanikowych w tarczy i siatkówce.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Jeszcze o leczeniu suchot płucnych za pomocą hydroterapii. Z powodu broszury Winternitza p. n.: *Die Aufgaben der Hydrotherapie bei der Lungenphthise (Wiener Klinik* 1881 4) podał Dr. Stanisław Smoleński, lekarz zdrojowy w Gleichenbergu.

W obec coraz bardziéj utrwalającego się zapatrywania, popartego tak doświadczeniami patologicznemi jako i postrzeżeniami klinicznemi, że sprawy stanowiące podstawę t. zw. suchot płucnych są przyrody zakaźnéj, że mianowicie tak gruzełki jako i złogi serowate w téj chorobie są następstwem zakażenia pewnym swoistym zarazkiem, słusznieby poniekąd powiedzieć można, że jedynie racyjonalném leczeniem suchot płucnych byłoby swoiste leczenie przeciwzakaźne. Wszystkie inne sposoby leczenia, stósowane w téj chorobie, schodzą w obec powyższego aksyjomatu na drugi plan, jako t. zw. leczenie objawowe. Ponieważ jednak podobnie jak w większéj ilości innych chorób zakaźnych, mianowicie ostrych, tak i w suchotach płucnych leczenie skierowane do zniszczenia zarazka nie prowadzi przynajmniéj do dzisiaj do pożądanych rezultatów, dla tego owo leczenie objawowe ma przecież jak dotąd większą doniosłość praktyczną aniżeli specyficzne.

Jakie zadanie ma leczenie objawowe w suchotach płucnych? Doprowadzić ustrój suchotnika do takiego stanu sił i odporności, aby w sprzyjających warunkach zdolał wydalić lub uczynić nieszkodliwemi przyczyny swego cierpienia, czego w obec pewnych analogij w innych chorobach zakaźnych tudzież nieznanych nam jeszcze własności specyficznego zarazka suchot płucnych nie można uważać, przynajmniéj ze stanowiska teoretycznego, za rzecz niepodobną.

Zadania hydroterapii w rozwiniętych już suchotach płucnych rozebrałem już pokrótce w têm piśmie (Przegl. Lek. rb. Nr. 16 i 17).

Ale pozostaje dla hydroterapii jedno jeszcze dość obszerne pole do zastósowania, mianowicie jako leczenia zapobiegawczego, na co słusznie zwraca uwagę Winternitz w wzmiankowanéj powyżéj broszurze. Tu należy przedewszystkiém zwalczanie t. zw. usposobienia do suchot płucnych. Usposobienie to, czy odziedziczone lub nabyte, wymaga leczenia wzmacniającego, mającego na celu zahartowanie ustroju przeciwko szkodliwym wpływom telurycznym, klimatycznym i społecznym (Winternitz) a dodajmy i psychicznym. Usposobienie bowiem do suchot płucnych uwidocznia się w każdym przypadku pewném osłabieniem, pewną wygórowaną wrażliwością na powyższe wpływy. Pomiędzy środkami zwalczającemi owo usposobienie pierwsze i najważniejsze zajmują miejsce czynniki higijeniczne, dyjetetyczne i farmaceutyczne, jako środki zaś pomocnicze pewne zabiegi hydroterapeutyczne. Oznaczyć ich szczegółowo nie podobna, gdyż wybór ich zależy od właściwości osobniczych danego indywiduum; powiedzieć tylko można w ogóle, że wszystkie procedury wodne są w tym celu dobre, o ile poprawiają wejrzenie chorych, polepszają odżywienie, zwiększają ciężar ciała. Przedewszystkiém należą tu zmywania ciała, krótkie nacierania, chwilowe natryski kropliste i t. p. Że przy têm trzeba należycie uwzględnić i inne czynniki, jak mieszkanie, ubranie, przebywanie na świeżém powietrzu, ruch, pożywienie i t. d., samo się przez się rozumie. Zwalczając usposo-

bienie do suchot zwalcza hydroterapija zarazem i skłonność do nieżytów, których u osób usposobionych do suchot płucnych, a tém więcéj w przebiegu saméj téj choroby, lekceważyć nie można. Polepszone pod wpływem zabiegów hydroterapeutycznych odżywienie skóry, a zarazem i całego ustroju, jest najlepszym środkiem zapobiegającym zaziębieniom, najlepszém hartowaniem ustroju. Mniéj ma znaczenia hydroterapija w leczeniu rozwiniętych już nieżytów błon śluzowych.

W drugiéj części broszury Winternitz rozbiera procedury hydroterapeutyczne, stósowane z pożytkiem w samym przebiegu rozwiniętych już suchot płucnych. Chcąc zdać sprawę z téj części pracy Winternitza musiałbym powtórzyć to, com powiedział w wzmiankowanéj powyżéj mojéj rozprawce. Nie podaje tu bowiem Winternitz nic nowego nad systematyczne zestawienie zapatrywań swoich, złożonych dawniéj w *Handbuch d. Hydrotherapie* (II. 79) i w Ziemssena *Handb. der allg. Therapie* (II, 3, 224). O znaczeniu opasek piersiowych, jako t. zw. klimacie prywatnym *(madeiraartiges Privatklima)*, mówiliśmy już obszernie w tém piśmie, a w ostatniéj pracy Winternitza nie znajdujemy w tym względzie nic nowego. Jeżeli Winternitz, przypisując opaskom piersiowym sprowadzanie większego napływu krwi do płuc a tém samém rozpuszczanie lub wydalanie nacieków i ognisk chorobowych, dziwi się, że mimo takiego działania opaski te nie sprowadzają nigdy krwotoków płucnych, to naszém zdaniem nie czynią one tego z powodu, że działanie ich jest zupełnie inne. Przytoczony w końcu rozprawy jeden przypadek suchot płucnych tak samo nie dowodzi skuteczności opasek piersiowych w suchotach płucnych, jak i opisany w podręczniku tegoż autora, gdyż leczenie było tak tu, jak i tam skombinowane z leczeniem klimatyczném, dyjetetyczném (dyjeta mleczna) i farmaceutyczném *(Tinctura Fowleri*, chleb żywiczny, napoje wyskokowe), tudzież z innemi procedurami hydryjatrycznemi, jak nacierania i natryski. Co do wzmiankowanego chleba żywicznego namienić wypada, że Winternitz we wszystkich przypadkach, w których wskazane byłyby inhalacyje aromatyczne i żywiczne, podaje chorym z chlebem wewnętrznie po parę kropli żywicy jodłowéj. Że tak powietrze wydychane, jako i wyziewy skórne i inne wydzieliny okazują potém woń żywiczną, nie dowodzi bynajmniéj, że sposób ten zasługuje na pierwszeństwo przed inhalacyjami.

Przyczyna śluzoropotoku

(narządu moczo-płciowego równie jak oka).

Wiadomo, że w wieku bieżącym poczęto upatrywać przyczynę śluzoropotoku narządu moczo-płciowego w osobnym, uorganizowanym przyrzucie. Pomijając Donne'go *(Recherches microscopiques sur la nature de mucus. Paris 1837)*, który w wydzielinie pochwy spostrzegł ustrój, i przezwał go *trichomonas vaginalis* (rzęsistek pochwowy), pierwszym był Jeusseaume (*Parasite végétal. Cause de la blennorrhagie. Arch. génér. 1863. Mars.*), który przyczynę śluzoropotoku upatrywał w grzybku nazwanym przez siebie *genitalia*. Następnie Hallier (*Pflanzliche Organismen bei dem Tripper, dem harten und weichen Schanker. Aerztl. Intelligenzblatt 1868.* Nr. 18) i Salisbury (*Am. Journ. of med. sciences 1868*, i *Archiv f. Dermat. u. Syph. 1869 S. 133*) widzieli przyrzut wiewiorowy (*urethritis blennopyorrhoica*) w ustroju roślinnym nazwanym *caniothecium gonnorhoicum* przez pierwszego, zaś *crypta gonorrhoea* przez drugiego. Po 10 latach pauzy występują obecnie nowi badacze, z których prac podjętych w kierunku powyższym chcemy zdać niniejszém sprawę. Dawniejszym z nich jest Neisser, rozprawa zaś jego zamieszczona w „*Centralbl. f. die med. Wissensch. 1879*, Nr. 28 nosi tytuł: „*Ueber eine der Gonorrhoe eigenthümliche Micrococcusform*“. Treść jéj następna.

Jeśli wydzielinę ropiastą wiewióra, zaschniętą na szkiełku w warstwie jak najcieńszéj, zabarwimy rozczynem wodnym fioletu metylowego przez proste nim polanie i po uschnięciu ponownem obejrzymy pod drobnowidem przy powiększeniu znacznem a oświetleniu jak najmniéj zacienionem: natedy prócz różnorodnego kształtu jąderek, zabarwionych ciemno fijołkowo, a należnych do kulek ropy, zobaczymy na pierwszy rzut oka dwoinki w kształcie maleńkich gałeczek, skupione w gromady mniéj lub więcéj liczne. Osobniki ich są okrągłe, uderzająco wielkie, i posiadają w wysokim stopniu zdolność nasiąkania fioletem metylowym tudzież daliją. Mocny rozczyn eosinu barwi je również, lecz nie pozwala ich tak dobrze wyróżnić wśród licznych jąderek ropnych, jak fiolet metylowy. Zieleń metylowa tudzież indulin nie barwi ich wcale. Przy powiększeniu mniéj znacznem okazują obwódkę jasną, która prawdopodobie jest wydzieloną z nich istotą galaretowatą. W ogóle rzadko można spostrzedz jednę dwoinkę, zwykle widać ich dwie tak blisko siebie położone, że czynią wrażenie jednego ustroju, podobnego do ósemki lub biszkoktu. Rozmaitość pozorna, jaką okazuje ugrupowanie tych tworów podwójnych, tłumaczy się dostatecznie historyją ich rozwoju, która jest następującą. *a)* Pojedyńczy ustrój ma z razu kształt okrągły, następnie *b)* wydłuża się i przybiera kształt owalny, poczém *c)* w krótkim bardzo czasie poczyna się w środku przepoławiać, i wytwarzać tym sposobem z jednego dwa ustroje. W tym stanie przedstawia się większa część dwoinek. Czemu to przypisać, nie wiadomo. Czy spójności niezwykłéj nowo powstałych osobników, czy też przeciwnie tak szybkiemu dwojeniu się każdego z nich, że trudno go upatrzeć przed tą czynnością, rzecz niewyjaśniona. *d)* Nareszcie rozłączają się nowe dwoinki, a między niemi zostaje wolny odstęp średnicy gałeczki pojedyńczéj. *e)* Wkrótce jednak każdy z dwu nowych ustrojów poczyna się dwoić, tym razem atoli płaszczyzna podziału jest pionową do poprzedzającéj. Tak powstają bardzo często małe kupki złożone z czterech gałeczek. Lecz przeważnie spotykamy gromady większe, złożone z 10, 20 i więcéj osobników. Otacza je istota galaretowata, którą widzieć można dobrze, jeśli oświetlenie nie jest za nadto jaskrawém. W gromadach takich dwoinki nie stykają się bezpośrednio, lecz zawsze są przedzielone większemi odstępami. Tyle co do ugrupowania. Co do siedziby dwoinek, takowe znajdują się najczęściéj na powierzchni kulek ropy, rzadziéj komórek nabłonka. W niektórych kulkach ropy, obsadzonych dwoinkami, brakuje jądra, w innych daje się stwierdzić zmniejszenie onego w miarę wnikania w nie dwoinek.

Pasorzyty powyższego rodzaju N. znalazł w 35 przypadkach śluzoropotoku cewki moczowéj różnego czasu trwania (3, 12, 21 dni, daléj 7, 9, 13 tygodni). Tylko w jednym przypadku wiewiora przewlekłego ($1\frac{1}{2}$ rocznego) dwoinki nie dały się wyśledzić. Również w 5 przypadkach leczonych przez czas dłuższy wstrzykiwaniem rozczynu siarko-karbolanu zynkowego, N. nie mógł dopatrzeć się dwoinek mimo obfitéj wydzieliny. Niemniéj ważną okolicznością jest, że w przypadkach, których wynik badania drobnowidowego wyżéj podano, znajdował się tylko jeden, opisany, rodzaj dwoinek.

Natomiast brakowało tego właśnie rodzaju, mimo obfitości dwoinek innego kształtu, w różnych wydzielinach pokrewnych, badanych dla kontroli, jak w otoku zapalnym żołędzi i wewnętrznéj blaszki napletka *(balanopostitis)*, ropie z wrzodu wenerycznego, zwanego miękkim, toż samo ropie ze stwardniałości kiłowéj, dymienic wszelkiego rodzaju, zanogcic *(panaritium)*, wreszcie w trzynastu przypadkach pospolitych białych upławów *(fluor albus)*. Znajdowały się one w wydzielinie pochwowéj dwóch młodych dziewcząt, które uwiódł mężczyzna, cierpiący na wiewiór, niemniéj w 9 innych przypadkach wiewiora cewki moczowéj u kobiet.

Takież same dwoinki jak w wieworze narządu moczopłciowego N. znalazł i to w obfitéj ilości w śluzoropotoku ocznym 2 osób dorosłych tudzież 7 noworodków. Czas trwania choroby wynosił 1, 3 dni, daléj 3, 5, 6 tygodni. Natomiast w jednym przypadku, trwającym dni 14, gdzie w skutek leczenia bardzo sprężystego wydzielina zmniejszyła się do ilości bardzo nieznacznéj, nie było dwoinek; również nie było ich w wydzielinie zwykłych zapaleń spojówki, badanych dla kontroli.

Wyniki badań Neissera potwierdzają Bokai i Finkelstein (*Orvosi Hetilap* tudzież *Pester med. chir. Presse* 1880, Mai), utrzymując, że wydzielina wiewioru cewki moczowéj ostrego tak w okresie wydzieliny śluzowo-surowiczéj jak i ropiastéj zawiera dwoinki maleńkie kształtu gałeczkowego. Toż samo tyczy się śluzoropotoku ocznego. Dwoinki o rozmiarach 0·0083mm. siedzą przeważnie na kulkach ropy i komórkach nabłonka, niektóre z nich wniknęły już do wnętrza kulek ropnych. W początku wiewioru jest ich mało, pomnażają się bardzo w drugim tygodniu choroby. Największą ilość B. znalazł w gęstéj, żółtéj wydzielinie śluzoropotoku ocznego, trwającego od 2 tygodni.

Co do sztucznych hodowli, takowe B. czynił z dwoinkami zawartemi w wydzielinie śluzoropotoku ocznego, trwającego od kilku dni, takiegoż cierpienia w drugim tygodniu trwania, daléj w wydzielinie ostrego zaraźliwego wiewioru cewki moczowéj z 1go, 2go i 3go tygodnia, niemniéj w jednym przypadku wiewioru przewlekłego kilkomiesięcznego. Po 2—3 tygodniach każda z pożywek sztucznych roiła się od dwoinek opisanych. Z nich B. przedsięwziął 6 szczepień na uczniach medycyny (zwierząt bowiem jak psy, króliki itp. zarazek nie ima się, jak wiadomo). W 3 razach szczepienie odniosło skutek dodatni i to nawet wtedy, gdy płyn przeznaczony do szczepienia zapuszczono wprzód dwiema kroplami ługu potasowego. Natomiast wynik szczepienia był ujemnym, gdy domięszano do płynu wymoku rozdrębu *(eucalyptus)*.

Na zasadzie powyższych wyników badania B. mniema, że zarazek w śluzoropotoku narządu moczo-płciowego i oczu jest ten sam, że jest przywiązanym do dwoinek opisanych, acz te kształtem, ani wielkością, ani innemi własnościami, dostrzegalnemi wzrokiem, nie różnią się od dwoinek gałeczkowych, niewywołujących śluzoropotoku. Okoliczność, która się powtarza przy innych chorobach i dwoinkach innego kształtu np. prątku wąglikowym *(bacillus anthracis)* i prątku cienkim *(b. subtilis)*. (*Vierteljahr. für Derm. u. Syph.* 1879, str. 415; 1881, str. 115). *Dr. Różański* (*Lwów*).

Prof. Mosler: **O niebezpieczeństwach transfuzyi do jamy otrzewnowéj.**

Doświadczywszy dosyć dobrych skutków z transfuzyi naczyniowéj przy leukemii a oparty na podaniach Ponficka, Bizzozera i Golgiego, iż wykonanie transfuzyi otrzewnowéj jest o wiele łatwiejszym i mniéj chorego na niebezpieczeństwa narażającym rękoczynem, postanowił M. w najbliższym przypadku użyć téj ostatniéj i to w odstępach nie bardzo odległych, gdyż nabrał z poprzednich doświadczeń przekonania, iż tylko po kilkakrotnie powtórzonéj transfuzyi spodziewać się można skutku dobrego. Młodemu, bo 26letniemu, druciarzowi, któremu już poprzednio w chronicznie obrzękłą śledzionę 16 razy śródmiąższowe wykonał wstrzykiwania rozcieku Fowlera, bez wywołania przypadów zapalnych w otrzewny, przetoczył M. z powodu znacznéj niedokrewności *(anaemia splenica)* w dniu 8 grudnia 1880 r. za pomocą dobrze dezinfekcyjonowanego infusora 40 sz. cm. odwłóknionéj krwi ludzkiéj, jużto celem przekonania się, czy śledziona zmniejszy się bardziéj niż pod wpływem poprzedniego leku, jużto w nadziei, że transfuzyja poprawi skład krwi, któréj badanie wykazało z jednéj strony ubytek ciałek czerwonych a z drugiéj przybytek mikrocytów. Gdy rękoczyn ten prawie żadnéj nie wywołał reakcyi, przetoczono w 12 dni późniéj, w ten sam jak poprzednio sposób lecz w innêm miejscu, 130 sz. cm. krwi od tego samego człowieka pochodzącéj. Już tego samego wieczora odczyn wyraźny, który się znacznie wzmógł w nocy i dnia następującego, gdyż ciepłota doszła do 40,3°C. ból brzucha, bezsenność, wymioty. Przypady te wzmagały się pomimo energicznéj terapii coraz bardziéj, aż wreszcie nastąpiła śmierć piątego dnia po transfuzyi. Sekcyja wykazała: znaczną ilość mętnego cisawego płynu w jamie brzusznéj, jelita mocno rozdęte, otrzewna zaczerwieniona z naczyniami nastrzykanemi, tu i owdzie świeże zrosty. Wątroba na powierzchni nierówna, pagórkowata; na przekroju okazuje wysepki wielkości grochu otoczone pasmami tkanki łącznéj. Nigdzie śladu krwi przetoczonéj. Miejsca nakłucia nie różnią się od innych.

Autor skłania się do postawienia następujących wniosków z powyższego przypadku: 1) że w krótkim czasie po sobie następujące transfuzyje do jamy otrzewnowéj u téj saméj osoby uważać należy za postępowanie niebezpieczne; 2) przeciwwskazaną powinnaby być transfuzyja do otrzewny w zapalnych lub innych cierpieniach trzew brzusznych, usposabiających têm samêm do zapalenia otrzewny. (*Deutsches Archiv. f. klin. Med. XXVIII.* 4 i 5). *A. O.*

Wiadomości pomniejsze.

Jeszcze o dawkach kw. karbolowego. Z powodu uwag p. Dra Lachowicza w Nrze 17 Przegl. Lek. z rb. jakotéż z powodu artykuliku o leczeniu krztuśca za pomocą kwasu karbolowego i dawki tegoż tamże poleconéj pozwalam sobie nadmienić co następuje: Dawka dzienna kwasu karbolowego 0·15 dla dorosłych, jaką farmakologija poleca, zdaje mi się za małą, jeżeli po kwasie karbolowym skutku spodziewać się mamy. Dawka ta pochodzi z czasów, kiedy jeszcze kwas karbolowy bardzo mało był znany i kiedy mu własności trujące w wysokim przypisywano stopniu. Obecnie nie lękają się już lekarze tak dalece użycia wewnętrznego kwasu karbolowego, a niektórzy z nich już dawno większe dawki polecali, niż farmakologija pozwala i tak: Roth w swojéj książce: „*Arzneimittel der heutigen Medicin* 1877 str. 20“ powiada, że można podawać *Acid. carbol.* aż do 2.0 wewnętrznie na dzień, jeżeli się takowego nie zażywa na czczo. Kaposi w dziele swêm: „*die Hautkrankheiten*“ str. 382 z r. 1880 poleca w leczeniu *Psoriasis: Acid. carbol.* 10.0 na 100 pigułek i każe zażywać po 5—10 pigułek dziennie, a

zatém 0·50—1·0 *Acid. carbol.* dodając, że można środek ten nawet jeszcze w większéj dawce podawać przez kilka tygodni. Daléj w Nrze 40 Przegl. Lek. z r. 1880, w artykule „kwas karbolowy jako lek przeciwgorączkowy“ znajduje się ustęp: „Dawki, które dotychczas za trujące uważano, można śmiało przekraczać,“ a daléj powiedziano tam, iż chorzy z rzędu przez kilka dni po 8—10 grm. a nawet 12 grm. *Acid. carbol.* zażywali!(?)— Wreszcie sam od jakiegoś czasu doświadczając skuteczności kwasu karbolowego w zimnicy (o czém wkrótce będę chciał zdać sprawę), podaję kwas karbolowy u dorosłych od 0·50 do 1·00 dziennie i to przez kilka dni z rzędu a nigdy jeszcze nie spostrzegłem żadnych ubocznych objawów, cechujących zatrucie kwasem karbolowym. Z powyżéj przytoczonych względów, jakkolwiek nie chcę twierdzić, iż w artykuliku Dra Altramara (Nr. 8 Przegl. Lek.), na który się szan. kolega Lachowicz powołuje, nie zaszła pomyłka, to jednak sądzę, iż dawka 0·15 na dzień dla dorosłych jest zanadto mała i nie wahałbym się takowéj nawet u dzieci, zwłaszcza starszych, przekroczyć, a gdybym nie widział żadnych ujemnych objawów, nie lękałbym się dojść nawet do 0·33 dziennie, jak to w owym artykuliku polecono. *Dr. Sysak* (Zebrzydowice).

IV. Zdroje siarczane w Lubieniu.

Przez Dra **Edwarda Sawickiego** ze Lwowa.

(Dokończenie. Patrz Nr. 20).

Wskazania szczegółowe do użycia kąpieli siarczanych ciepłych, lub do ich zastósowania hydroterapeutycznego są zatém takie same, jak wskazania przy użyciu akratotermów i hydroterapii, np.: w gośćcach przewłocznych, w dnie, w nerwobólach, w porażeniach obwodowych, w nerwicach niedomożnych i przemożnych; w zapaleniach chronicznych, naciekach niewessanych narzędzi obwodowych, opłucny, otrzewny miednicowéj, w chorobach przewlekłych zapalnych saméj macicy, jéj części pochwowéj itd.

Wskazania do wziewań ograniczają się do chorób przewlekłych nieżytowych i zapalnych krtani i oskrzeli. Niektórzy spodziewają się skutków dobrych nawet w chorobach suchotniczych narzędzi oddechowych.

Łatwo być może, że oddechanie nad gazami zdrojów siarczanych działa podobnie jak oddechanie nad gazem azotowym, to jest według Waldenburga równie jak oddechanie rozcieńczoném powietrzem czy to w przyrządzie pneumatycznym czy na wysokościach alpejskich. (Porównaj Waldenburga· *Die pneumatische Behandlung der Respirations- und Circulations-Krankheiten.* Berlin, 1880, mianowicie p. 616).

Co się zaś tyczy picia wód siarczanych, to niektóre z nich są bardzo stosowne, inne w różnym stopniu mniéj do tego dogodne. Zimne są do tego celu najlepsze, jeżeli niewiele zawierają niepożądanych części składowych, lub jeżeli zawierają oprócz siarczków i siarkowodoru pożądane składniki, n. p. sól kuchenną, sole alkaliczne, żelazowe i t. p.

Wskazania do picia wód siarczanych zestawił empirycznie Dr. Roth: „*Bedeutung des kalten Schwefelwassers*“, przyczém téż pozostajemy dotychczas. Mianowicie picie wód siarczanych zaleca się dla tak nazwanych cierpień fleboektatycznych a w szczególności hemoroidalnych, połączonych z opasłością, leniwemi oddzielinami trzew brzusznych, z przeszkodami w krążeniu żylném brzuszném i miedniczném i co z tego w bliższym lub dalszym względzie wynika.

Tym wszystkim tu w ogólności naznaczonym wskazaniom wody siarczane Lubieńskie mogą zadosyć uczynić w zupełności.

4) Źródło Lubieńskie zadziwia obfitością wody, jaką wyrzuca stale na godzinę, bo 17,280 litrów. Jéj ciepłota jest tak niska, że wystarczy do heroicznych nawet procederów hydroterapeutycznych, ma bowiem stale +8·2° R.

Zawiera ona gazu siarkowodowego więcéj nawet niż Trenczyńska, nie mówiąc już o Akwizgrańskiéj, Badeńskiéj (pod Wiedniem).

Posiada znaczną ilość manganezu i żelaza, co ją czyni do picia odpowiednią w tym względzie, tém bardziéj że ma ciężar gatunkowy 1,005. Nadto zawiera gaz selenowodowy i azotowy; sole litowe, sodowe, ślady nafty itd., co ją czyni, że się tak wyrażę, wszechstronną. (Porównaj: Rocznik Tow. nauk. krakow. Poczet III, T. IV; Oddział nauk przyrodniczych i lek. pag. 75 et seq. a mianowicie p. 111).

Picie wód Lubieńskich jest w użyciu od dawna, chociaż nie na większy jak na to zasługują rozmiar. Oto bowiem co zauważył Torosiewicz: „Ta woda używana jest głównie na kąpiel, mniéj zaś do picia; nie każdy bowiem żołądek znieść może wodę siarczaną, a tém mniéj tak mocną jak Lubieńska, która czasem rozwolnienie żołądka, niekiedy zaś zatkanie sprawia, w którym to ostatnim razie zaradzają sobie zwykle przez sól karlsbadzką, dodając jéj do wody siarczanéj.“ („Źródła mineralne w Królestwie Galicyi i na Bukowinie,“ Lwów, 1849, p. 133).

Do kąpieli w wannach i do kąpieli parowych jest na wielką skalę używana. Hydroterapeutyczne jéj zastósowanie w całéj pełni i ścisłości specyjalnéj jest dopiero zaczęte ale nierozwinięte. Wszelako dzisiejszy lekarz Dr. Tatarczuch chce pójść w tym względzie za radą komisyi Tow. lek. gal. i za żądaniem wielu lekarzy. Inhalatoryjum dla wziewania gazów lub pyłu wody Lubieńskiéj także dopiero ma być urządzone. Niemniéj brak łazienek dla chorób kobiecych.

Nie mogę téż zakończyć tego mojego upominku dla Lubienia słowami bardziéj odpowiadającemi mojemu przekonaniu, jak słowami naszego ukochanego mistrza prof. Dietla, który w swoim „Poglądzie na ruch i postęp zdrojowisk krajowych w roku 1859“, na ogólném Zgromadzeniu balneologów krajowych odczytanym, kończy mówiąc o Lubieniu: „Ażeby oddać sprawiedliwość téj pierwszéj potędze źródeł siarczanych i przywieźć ją do należytego uznania, wiele jeszcze i tu działać wypadnie. Mam wszelako niepłonną nadzieję, iż wyrozumiały właściciel, pojmując ważność sprawy i obowiązku w obec kraju na nim ciążącego, pójdzie za radą ludzi naukowych i niebawem udoskonali swój zakład i wzniesie go do pierwszego rzędu zdrojowisk krajowych“. (Rocznik Tow. nauk. krak. l. c. p. 198).

Wszelako równy, a może większy, ciąży obowiązek na lekarzach polskich, którzy idąc w ślady za Oczkiem, Petrycym, Sykstem i Dietlem winni we własnéj ojczyznie wyszukiwać, rozwijać i doskonalić środki dźwigania zdrowia współobywateli swoich, a nie, *more antiquo*, szukać u obcych sposobności pozbywania się po największéj części niepotrzebnie mienia ojczystego.

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* Magistrat tutejszy wydał następujące obwieszczenie:

C. k. Namiestnictwo reskryptem z dnia 30 stycznia rb. do L. 53.420 na podstawie doświadczeń robionych z owocem rośliny wschodnio-indyjskiéj (*cocculus indica*) rybitrutki (*Fischkörner, Kokkuluskörner*) zwanéj, orzekło co następuje: Owoc rybitrutki jest istotą wybitnie trującą, zdrowiu ludzkiemu szkodliwą.

Spożycie bowiem tego owocu sprawia obrzydzenie, mdłości, krwotok a nawet śmierć. Dla tego celem zapobieżenia szkodliwym skutkom, które ze spożycia tego owocu wyniknąć mogą, już dekretem kanclerstwa nadwornéj z dnia 15 lipca 1819 zabroniono bezwarunkowéj sprzedaży rybitrutki i podano takową pod przepisy i ograniczenia, których należy przestrzegać przy sprzedaży innych trucizn. Ponieważ sprzedaż rybitrutki odbywa się powszechnie po kramach i handlach korzennych bez wszelkiéj kontroli a rybitrutki zazwyczaj używają jako ponęty do łowienia ryb, oraz do zaprawiania piwa, któremu trucizna ta nadaje przyjemną gorycz i moc odurzającą, przeto c. k. Namiestnictwo, w myśl podanego dekretu kanclerstwa nadwornego, postanowiło podciągnąć sprzedaż rybitrutki pod postanowienia rozporządzenia ministeryjalnego z dnia 21 kwietnia 1870 (Dz. u. p. l. 60) o sprzedaży trucizn, a w szczególności pod postanowienie §. 15 tegoż rozporządzenia, według którego przemysłowcy, mający pozwolenie do sprzedaży trucizn, powinni zachować pewne ostrożności, pod karą w §. 17 tegoż rozporządzenia zagrożoną. Gdy nadto w ostatnich czasach przekonano się przy rewizyjach, odbywanych po sklepach w skutek doniesień nadesłanych, że i rozporządzenia c. k. Namiestnictwa z dnia 27 lipca 1874 (l. 58 Dz. ust. kraj.), wzbraniającego sprzedawać w handlach środki lecznicze, nie przestrzega się, widzi się Magistrat zniewolonym przypomnieć takowe z tym dodatkiem, że w handlach i kramach wolno sprzedawać tylko migdały gorzkie, gałki muszkatowe, hałun, liście wawrzynowe, saletrę, szafran, kakao, siarkę i kwiat siarczany, że przeto zakaz sprzedaży rozciąga się i do takich nawet środków jak: ślaz, rumianek, grynszpan, korzeń rzewniowy, nasienie cytwarowe, wątrobę siarczaną, a tém bardziéj do środków leczniczych, elektro-homeopatycznych Matteiego, pigułek Morissona, balsamu Sehofera, proszków Seidlitzkich, wódki francuskiéj wraz z przepisem do niéj dołączonym, syrupu Pagliano, balsamu Vetoriniego, likieru żołądkowego augsburgskiego itp., środków w dziennikach ogłaszanych, które nie tylko korzenne ale także niektóre handle win i galanteryjne poważają się sprzedawać.

+ *Sociedad de Medicina Dosimetrica* w Madrycie zwołuje na czas od 20—24 maja rb. lekarzy, aptekarzy i weterynarzy celem narady nad tą metodą leczniczą. Prezesem tego kongresu, zostającego pod protektoratem rządu madryckiego, będzie król. hiszpański Minister de Fomento. Za pośrednictwem Ministerstwa spraw wewnętrznych i c. k. Namiestnictwa we Lwowie na kongres ten zaproszone zostały tak tutejszy Wydział lekarski jak i Tow. lek. krak.

Statystyka epidemij. W tygodniu 17 (do 23 kwietnia) ospa w Londynie nie uległa zmianie. Umarło 84, leczyło się w szpitalach 1058, świeżo zapadło 256. W Wiedniu umarło 29, w Budapeszcie 11, w Aleksandryi 5, w Paryżu 29, w Maladze i Saragossie po 4. W Filadelfii umarło od 19—26 marca 43, w Madrasie od 5—11 marca 72. Z duru brzusznego umarło 5, w Paryżu 39. Z duru osutkowego umarło w Walencyi 4. W tygodniu 18 (do 30 kwietnia) umarło w Krakowie: 4 z ospy, 2 z kiły, 1 z błonicy, 4 z duru osutkowego, 1 z czerwonki, a doniesiono w tymże czasie: o 4 przypadkach ospy, 6 odry, 4 płonicy, 1 krztuśca, 2 duru brzusznego, 24 duru osutkowego, 4 róży.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 17 (do 23 kwietnia) umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 45,6; w Poznaniu 27,1; w Wiedniu 32,9; w Budapeszcie 40,8; w Pradze 35,7; w Berlinie 26,7; w Wrocławiu 32,7; w Gdańsku 32,2; w Mnichowie 40,9; w Dreźnie 24,6; w Lipsku 26,5; w Bazylei 25,1; w Brukseli 26,4; w Amsterdamie 25,3; w Hadze 25,6; w Paryżu 29,0; w Londynie 22,5; w Kopenhadze 23,2; w Stokholmie 29,0; ; w Chrystyjanii 24,3; w Odesie 27,9; w Rzymie 31,9; w Wenecyi 22,6; w Madrycie 32,8; w Lizbonie 31,9; w Aleksandryi 31,2; w Nowym Yorku 30,8; w Filadelfii 23,5; w Bombaju 34,1; w Madrasie 46,6. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 19 maja. W Numerzu przeszłym podawszy wiadomość, że Dr. Mars, docent U. J., ordynować będzie w sezonie bieżącym w Krynicy, zapomnieliśmy dodać, że i prof. Dr. Rydel, jak w dwóch latach ostatnich, tak i tego roku, począwszy od 15 lipca aż do 1 września bawić będzie w Krynicy i udzielać rady chorym na oczy. Pospieszamy z tém doniesieniem, w interesie cierpiących, którzy korzystając z pobytu w Krynicy znanego specyjalisty, zechcą powierzyć się opiece jego lekarskiéj.

* Otrzymaliśmy pismo następujące:

Znowu ofiara swego powołania. — Dnia 12 t. m. zmarł w Kopyczyńcach Dr. Izak Gang z duru wysypkowego. Przybywszy przed kilkoma laty jako młody lekarz do Kopyczyniec pod bardzo niekorzystnemi warunkami, umiał sobie swoją cichą pracą zjednać sympatyję tak, że w mieście i okolicy powszechnie jest żałowany, a strata ta bardzo czuć się daje. — Życzyćby należało aby w Kopyczyńcach zechciał któren z kolegów się osiedlić. — Jest to miasteczko liczące przeszło 6.000 mieszkańców, posiada sąd powiatowy, aptekę i jest otoczone niezłą okolicą, a w miejscu jest tylko patron chirurgii, który żadnéj praktyki nie ma. W razie potrzeby udzielę bliższych informacyj.

Husiatyn 15/5 1881. *Dr. Ludwik Zminkowski* lekarz powiat.

* Dr. Sopiński, lekarz obwodowy w Bihaču donosi nam co następuje:

Rząd Bośnii i Hercegowiny ogłosił konkurs na posady 5 lekarzy powiatowych z płacą roczną 1300 złr. Drowie medycyny, którzy mogą wykazać się świadectwem z odbytego egzaminu fizykackiego, lub świadectwem złożonego egzaminu z nauki o zarazach bydlęcych, winni wnieść podania przez c. k. Namiestnictwo kraju, w którym mieszkają, po dzień ostatni maja, które ich podania przedłoży wys. c. k. wspólnemu Ministerstwu.

* Dr. John Ashhurst, prof. chirurgii w Pensylwanii, stanął na czele wydawnictwa nowego, a mianowicie międzynarodowéj encyklopedyi chirurgicznéj, mającéj w 6 dużych tomach, ozdobionych chromolitografijami i drzeworytami, objąć cały obszar chirurgii teoretycznéj i praktycznéj. Z chirurgów amerykańskich biorą udział w wydawnictwie tém: Gross, Marion Sims, Smith, Forbes, Johnston, Taylor, Howe, Bill itd., z europejskich w Anglii: Bryant, Marsh, Watson, Bennet, M'Cormac, Wood itd., we Francyi: Verneuil, Nicaise, Ollier, Duplay itd., w Niemczech: Volkmann, Kraske, Stricker (we Wiedniu, o zapaleniu). Dzieło to ukaże się w N. Yorku w języku angielskim, u Baillièra w Paryżu po francusku, a właśnie traktują we Wiedniu o nakład niemiecki (*W. med. Bl.*)

* Przyczynki do historyi medycyny. W archiwie królewskiém w Barcelonie odkryto przywiléj z d. 3 czerwca 1391, nadany przez króla aragońskiego Jana Wydziałowi lekarskiemu Uniwersytetu w Leridzie téj treści, że „*ad ingentem supplicationem pro parte Universitatis studii artis medicine generalis civitatis Ilerde* (*Lerida*) *et medicorum ejusdem*“ zezwala, aby raz na 3 lata wydawano tymże uczonym człowieka z powodu zbrodni na śmierć skazanego, który to człowiek „*palam coram omnibus qui eum videre sic obire voluerint, per officiales in aqua judicialiter demergatur et inibi penitus suffocetur,*“ a po wydobyciu z wody „*pro videndo membrorum occultorum dispositionem intercipiatur et incidatur ad omnimode libitum voluntatis: quae incisio apud medicos anathomia nominatur,*“ poczém ciało należy pochować według przepisów kościelnych.

Niemniéj ciekawym jest inny dokument o wiele późniejszy. D. 31 lipca 1655 r. Stany Bretanii (we Francyi) uchwalają nagrodę 400 liwrów dla niejakiego sieur de St. Huberta, który miał posiadać zdolność leczenia wścieklizny: „*ayant plu à Dieu lui donner la grâce de guérir ceux qui sont malades en les touchant en chef.*“ (*Gaz. des Hôp*. 1881 Nr. 54).

* **Mianowania i odznaczenia.** Dr. E. Rose, lekarz naczelny szpitala Bethanien, mianowany został honorowym profesorem zwyczajnym w Berlinie, Dr. Chodin profesorem nadzwyczajnym oftalmologii w Kijowie a Dr. Józef Scharf dyrektorem zakładu dla obłąkanych w Bernie morawskiém.— Proff. Korányi i Balogh oraz prymaryjusz Dr. Roszay w Budapeszcie otrzymali order korony żelaznéj 3ciéj kl. — Lekarze miejscy Drowie Kammerer i Schmidt we Wiedniu objęli zastępczo obowiązki fizyków miejskich. — Dr. Grünfeld potwierdzony został jako docent syfilidologii a Dr. Schauta jako docent ginekologii we Wiedniu.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 20: Skórczewskiego: Bóle głowy, ich przyczyny, rozwój i leczenie: Dobrzyckiego: Sprawozdanie z działalności lecznicy w Mieni w r. 1880 (c. d.) — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 20: Śp prof. Dr. St. Janikowski, wspomnienie pośmiertne; Przewóskiego: O wstrząśnieniach różnych części układu nerwowego i innych organów; Sokołowskiego: Przyczynek do miejscowego leczenia jam suchotniczych (dok.)

Redakcyja otrzymała:

Prof. Dr. A. ADAMKIEWICZ: Prawidłowa czynność mięśni, uważana jako skutek równowagi dwóch przeciwnych pobudzeń nerwowych, a bezład ruchowy i niedowład kurczowy mięśni, jako ostateczny skutek zwichnięcia téj równowagi. Kraków 1881. (Osobne odbicie z Rozpraw Akademii Umiejętn. t. VIII), in 8vo str. 24.

M. ŻORAWSKI: Mechanizm zjawisk nerwowych. Warszawa 1880, in 8vo str. 24 z 2 tabl.

Prof. Dr. COHN (we Wrocławiu): Uiber die schnellste, einfachste u. zuverlässigste Methode zur Entdeckung der Farbenblindheit. (Osobne odbicie z Berl. klin. Woch.) Berlin 1881, in 8vo str. 9.

Na rzecz funduszu dla wdów i sierót po lekarzach nadesłali za pośrednictwem kol. Ulanowskiego: Dr. Karol Zagórski i Dr. Józef Ulanowski z Lublina po $2^1/_2$ rubl., a Dr. Witold Jarnuszkiewicz z Zamościa 2 ruble, razem rubli 7, które Tow. lek. gal. prześlemy.

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr. L. Blumenstok.

WODY LEKARSKIE

Z PAROWĖJ FABRYKI WÓD GAZOWYCH Karola Rzący w Krakowie

aprobowane przez Świetne Towarzystwo Lekarskie w Krakowie i zaleoane w odpowiednich słabościach.

Woda selcerska, nie ustępująca w niczém wodzie rodziméj.

Woda gorzka, według części składowych wody źródła Wiktoryi, lecz w smaku od niéj znacznie przyjemniejsza.

Woda z pyrofosforanem żelazowym, zawierająca znaczną ilość środka czynnego, znoszoną bywa nawet przy chorobach z wraźliwym przewodem pokarmowym.

Woda litowa, zawierająca daleko znaczniejszą ilość węglanu litowego niżli jakakolwiek woda mineralna rodzima.

Woda jodowa, przewyższająca ilością jodu wszelkie wody rodzime, jod zawierające.

Woda Vichy, według części składowych źródeł Celestyny i Grande Grille, nie ustępuje w niczém wodzie rodziméj co do ceny zaś, jest od niéj o wiele tańszą.

Składy w Krakowie: W Aptece pod Gwiazdą, ulica Floryjańska, w Aptece pod Słońcem, w Rynku głównym, w Aptece pod Złotą głową, Rynek główny, w Aptece pod Barankiem Rynek mały i w handlu p. Janigi Rynek główny.

Podpisany poleca Panom Lekarzom swe

Przyrządy elektryczno-lekarskie

dla prądu tak galwanicznego jak indukcyjnego z wszelkiem dodatkami, ogniwa najrozmaitsze itd. przyczém pozwala sobie zwrócić uwagę na najnowszy

Przyrząd galwaniczny przenośny

według pomysłu Spamera zbudowany, a opisany i polecony **w Nrze 31 Przeglądu lekarskiego z r. 1878.**

Cenniki na żądanie przesyła gratis i franco.

Rudolf Krüger
fabrykant przyrządów elektrycznych lékarskich i telegrafów w **Berlinie S. W** Simeonsstrasse 20

RUDOLF THÜRRIEGL

Fabrykant chirurgicznych narzędzi

WIEDEN

Alservorstadt am Glacis. Schwarzspanierhaus Nr. 5.

poleca się ze wszystkiemi tego rodzaju należącemi artykułami wedle **najnowszéj** konstrukcyi.

Dokładne cenniki przesyła na żądanie **darmo.**

PAIN-EXPELLER

(Essent. camphor. comp. Richter).

Z zadowoleniem skonstatować możemy iż pożyteczny ten wyrób farmaceutyczny jedna sobie i u PP. Lekarzy coraz więcéj wzięcia, a doświadczenia przez nich czynione, między innemi także w c. k. powszechnym szpitalu w Wiedniu (ob. *„Allg. Wiener Medizinische Zeitung“* z 28 Grudnia 1880 Nr. 52) dowiodły, że zewnętrzne zastosowanie tego środka przeciw cierpieniom **dnawym** i **reumatycznym**, przeciw **znieczulicy** itp. sprawiało zawsze **skutki tak doniosłe**, że takowe powinny skłonić każdego lekarza do przedsiębrania doświadczeń, w którym to celu ofiarujemy chętnie próby leku **bezpłatnie**. W celu zapobieżenia pomyłkom z **istniejącemi naśladowaniami**, ordynują PP. Lekarze powyższy przetwór jak następuje: Essent. camphor. comp. Richter (vera ancora signif.); zaś u publiczności znany i poszukiwany on jest jako: **„Pain-Expeller z kotwicą.“**

F. Ad. Richter i Sp., c. k. dostawcy nadworni.
Wiedeń — Rudolstadt — Norymberga itd.

ZDROJOWISKO OBERSALZBRUNN.

Tutejsze zdroje mineralne Oberbrunnen i Mühlbrunnen są słynnemi alkalicznemi szczawami. Stoją obok zdrojów w Ems i Eger Salzquelle i są ponieważ **łagodnie działają nie osłabiając** od dawna uznane za skuteczne w chorobach płuc i dróg oddechowych, jak również narządów brzusznych zwłaszcza w plethora abdominalis w długotrwałym nieżycie żołądka i dwunastnicy, w nieżycie pęcherza itd. Rozsełka odbywa się przez cały rok. Pora zdrojowe od 1 M3ja do 30 września. Wspaniałe zakłady żętyczne i kąpielowe. Skład wszelkich obcych wód mineralnych i wszelkich dodatków do kąpieli. Wolny od pyłu klimat górski ożywia krążenie krwi. Przeciętna ciepłota sezonu 1880: + 13·06 R. Z Wrocławia 2 godzin koleją żelazną, z Pragi 9 godzin, z Drezna 6, z Berlina 8. **Zdrojowisko Obersalzbrnnn w górach szląskich. Inspekcyja zdrojowo-kąpielowa w księstwie pszczyńskiem.**

Dr. Stefan Filipkiewicz

b. Sekundaryjusz szpitala wiedeńskiego

Lekarz zdrojowy w Trenczyn Cieplicach (w Węgrzech) ordynować będzie podczas pory kąpielowéj.

Zakład zdrojowy

TRUSKAWIEC

zostaje otwartym 25 maja 1881 r.

Kąpiele słono-siarczane i żelazisto-słono-siarczano-szlamowe, słono-alkaliczne zdroje rozrzedzające do picia. — Zdrój, zwany naftowym, znany ze swéj skuteczności.

Żętyca owcza, zapas wód lekarskich obcych, restauracyje i cukiernia.
Odległość zakładu od stacyi kolejowéj Drohobycz-Truskawiec 8 kilometr. Na dworcu znajdują się podwody wszelkiego rodzaju, zarząd przyjmuje także zamówienia na takowe.
Apteka, urząd pocztowy i telegraficzny w miejscu.
Lekarz zakładu Dr. **Z. RIEGER**, krajowy radca zdrowia.
Zamówienia na pomieszkania mogą być o tyle uwzględniane, o ile dołączony zadatek ubezpiecza czas najmu.

Zarząd.

APTEKA pod KORONĄ

J. TRAUCZYNSKIEGO

w Krakowie

Utrzymuje wszystkie **wody mineralne** tak krajowe jak i za graniczne zawsze świeżego czerpania.

Nadto utrzymuje na składzie zawsze **krowiankę styryjską**

Prócz tego znajdują się zawsze na składzie: Pigułki Cauvina Morisona, Blancarda z żelazem, Valeta z Digitalinem, Dra Croniera zadawane w newralgijach z pepsinem, rozczyn żelaza Lerasa, syrup wapna Grimaulta, syrup Churchilla z wapnem, żelazem, sodą; wino chinowe z Cacao Bugeaud, Quina Laroche. — MĄCZKA SZWAJCARSKA dla małych dzieci zastępująca zupełnie pokarm naturalny ordynowana przez wielu lekarzy. — INSTRUMENTA chirurgiczne, — BANDAŻE różnego rodzaju, pojedyncze i podwójne rupturowe, pępkowe, — PASY brzuszne kobiece, — PESSARIA, — PONCZOCHY jedwabne na obrzękliny, — STETOSKOPY, — PLESSIMETRY — ODCIĄGACZE, pokarmowe dla kobiet, — PŁOTNO kauczukowe, — FLASZKI do karmienia dzieci, — INHALATORY do wdychiwań przy gardlanych chorobach, — NARZĄDY do wdmuchiwań gardlanych, — PULVERYZATORY, — SONDY żołądkowe, — CATETERY, — BOUGIE, — PODUSZKI KAUCZUKOWE, KAPELUSIKI kauczukowe ochraniające bolesne brodawki u kobiet w czasie karmienia, — RESPIRATORY, — KLISOPOMPY metalowe i kauczukowe tak do lewatyw jak i do wstrzykiwań, — IRRYGATORY Dra Eguisiera, — WSTRZYKAWKI, — TUSZOWNICE, — WSTRZYKAWKI podskórne, — CIEPŁOMIERZE decimalne, — TRĄBKI do wzmocnienia słuchu, — KROPLOMIERZE. PĘCHERZE kauczukowe lub worki na lód, — SKUBANKA, — REZERWOARY moczowe, — KANKI kauczukowe, — SPECULA itd.

Na żądanie przesyła się cenniki franco.

Dr. wszech nauk lekarskich

BRUNO SCHUPPLER

ROŻNÓW

na Morawie.

fizyk miejski i lekarz zdrojowy udziela o tém zdrojowisku wszelkich żądanych wyjaśnień.

Panom Lekarzom poleca się:

Löflunda pożywienie dla dzieci,
wyciąg zupy Liebiga dla osesków, jest w ciągłém użyciu w zakładach ratunkowych dla dzieci i okazuje się być dzielnym środkiem w nieżytach kiszek.

Löflunda wyciąg słodowy,
czyste zgęszczone Extr. Malti Pharm. german., przez Niemeyera i innych znakomitych klinicystów i lekarzy wielokrotnie przepisywany i zalecany.

Löflunda wyciąg słodowy z żelazem,
Extr. Malti ferrat. Pharm. german. zawiera 2% Ferr. pyrophosphor. c. Ammon. citr. (w 1 łyżce 30 Ctgrm.), przetwór przez połączenie składników szczmiących i odżywczych bardzo skuteczny.

Löflunda wyciąg słodowy z wapnem,
zawierający podług Dr. Reicha 2% Calcar. hypophosphoros. (w 1 łyżce 30 Ctgrm.) dla dzieci krzywiczych i cierpiących na płuca.

Löflunda wyciąg słodowy z tranem rybim,
zawiesina złożona z równych części najdelikatniejszego norwegskiego tranu rybiego wątłuszowego i ze zgęszczonego wyciągu słodowego, rozpuszczająca się w wodzie bez wydzielenia oleju i będąca daleko łatwiejszą do zażywania i znoszenia jak sam tran rybi. (Srodek ten polecał Dr. Davies w Chicago a Löflund wprowadził w użycie).

Te przetwory firmy **Ed. Löflund w Stuttgardzie** a które na wystawach w Paryżu, Wiedniu i Filadelfii pierwsze nagrody otrzymały, dostać można **w Krakowie** w Aptekach Panów **K. Wiszniewskiego** i **W. Redyka.**

Dr. ANJELA

Zakład wodoleczniczy w Zuckmantel

(na Szląsku austryjackim)

Najbliższa stacyja kolei żelaznéj **Ziegenhals** jest o milę odległą. Leczenie za pomocą elektroterapii, międzenia, kąpieli z igliwija. Zakład jest przez cały rok otwartym.

MARIENBAD

Dr. DOBIESZEWSKI

ordynuje jak w latach poprzednich jako lekarz zdrojowy w języku polskim przez całą porę kąpielową, przy czém leczy elektrycznością.

Mieszka w domu własnym p. n. **Villa Dobieszewski,** w wilii téj chorzy mogą znaleść pomieszczenie i odpowiednie wygody.

Należy podać rękę szczęściu!

400,000 marek

jako główna wygrana w najkorzystniejszym razie **na najnowszéj wielkiéj loteryi pieniężnéj** odbyć się mającéj za dozwoleniem i rękojmią **Państwa.**

Korzystnie urządzonym jest nowy plan w ten sposób, że w ciągu niewielu miesięcy w 7 ciągnieniach **niezawodnie** rozlosowanych zostanie **51.700 wygranych** między któremi znajduje się główna wygrana względnie **400.000** mk.

w szczególności zaś

Wygr.	marek	Wygr.	marek	Wygr.	po marek
1	250.000,	4	po 25,000,	105	„ 3,000
1	150.000,	2	„ 20,000,	263	„ 2,000
1	100,000,	12	„ 15,000	631	„ 1,000
1	75,000,	1	„ 12,000	873	„ 500
1	50,000,	24	„ 10,000	1050	„ 300
2	po 40,000,	5	„ 8,000	28.860	„ 138
3	„ 30,000,	54	„ 5,000		i t. d.

Losowania są planem urzędowym oznaczone.

Do **najbliższego pierwszego** ciągnienia téj wielkiéj przez Państwo **poręczonéj** loteryi pieniężnéj kosztuje

1 cały los oryginalny tylko 6 mrk. czyli 3½ Zlr.
1 połowa losu oryg. 3 mrk. „ 1¾ „
1 ćwiartka „ „ 1½ mrk. „ 90 kr.

Wszelkie zlecenia wykonane zostaną **natychmiast** z największą troskliwością **za nadesłaniem gotówki lub przekazu pocztowego,** a każdy otrzyma od nas herbem Państwa opatrzony **los oryginalny** do rąk.

Do zamówień, **do których upraszamy posługiwać się dołączonym biletem zamawiającym** dołączymy potrzebne plany urzędowe gratis, w których tak rozdział na względne klasy jak i odnośne wpłaty znaleść można, a po każdém ciągnieniu każdemu interesantowi prześlemy bez żądania wykazy urzędowe.

Wypłata wygranych nastąpi zawsze zaraz **pod rękojmią Państwa,** a możemy ją przesłać albo wprost, albo na żądanie interesantów za pośrednictwem naszych stosunków po wszystkich większych miejscowościach Węgier.

Naszemu zakładowi sprzyja zawsze szczęście i już nieraz wypłaciliśmy naszym interesantom największe wygrane między innemi wygrane **250.000** mrk. **225.000** mrk., **150.000** mrk., **100.000** mrk., **89.000** mrk., **60 000** mrk., **40.000** mrk. itd.

Prawdopodobnie niezawodnie liczyć można przy takiém **przedsięwzięciu na najpewniejszéj podstawie opartém** na nader żywy udział, prosimy więc abyśmy mogli wykonać wszelkie zlecenia o jak najrychlejsze zamawianie a na wszelki przypadek przed **31 Maja rb.**

Kaufmann & Simon

Kantor bankowy i wymiany w Hamburgu

Zakup i sprzedaż wszelkich rodzajów obligów Państwa akcyj kolejowych i losów pożyczkowych.

P. S. Dziękujemy niniejszém za zaufanie, którym nas dotąd obdarzano i zapraszając przy rozpoczynającym się nowym losowaniu do udziału, starać się będziemy i nadal przez zawsze szybkie a rzetelne usłużenie zaskarbić sobie całkowite zadowolenie naszych szanownych interesantów.

Wyżéj podpisani.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj pół tora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Ulica Podwale Nr. 84.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń. które przyjmuję: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Boulv. Voltaire 180, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 28 maja 1881. Nr 22. Rok XX.

I. Z oddziału Docenta Dra Pareńskiego.

Zapalenie opon mózgowych i rdzenia pacierzowego nagminne.

(Meningitis cerebrospinalis epidemica).

(Sprawozdanie z przypadków leczonych w szpitalu ś. Łazarza w latach 1876—1880).

Skreślił Dr. Wład. Ant. Gluziński.

(Odczyt miany na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego).

Ośmdziesiąt lat prawie mija od czasu pierwszych obserwacyj choroby, którą dzisiaj nazywamy: „*meningitis cerebro-spinalis epidemica*“. Rozwijając się powoli w niewielu miejscach dopiero z rokiem 1837 przybiera ona szersze rozmiary przebiegając Francyję całą prawie, a stosunkowo krótkiego czasu potrzebuje, aby z jednéj strony przerzucić się aż po za wody Atlantyku, z drugiéj szybkim krokiem dążyć na północ i wschód, rozpościerając się po Anglii, Danii, Skandynawskim półwyspie i Niemczech, a przebiegając przez Gdańsk dotrzeć do Petersburga. Równocześnie nawiedza ona i przeciwną stronę, t. j. południową, zajmuje Hiszpaniję, Włochy, południowe prowincyje Austryi, Grecyję, Krym, Kaukaz, a nawet przerzuca się na brzegi Azyi małéj do Smyrny i Jerozolimy.

W obrazie tym geograficznego rozszerzenia się uderza fakt jeden, że gdy cała Europa doznała skutków téj choroby, pozostał mało tknięty prawie cały pas ziemi, rozciągający się od Dniepru do Odry i gór karkonoszych na wschód, a do pasma szczytów bałkańskich na południe, t. j. pas zamieszkały przeważnie przez ludy słowiańskie. Ponieważ stosunki klimatyczne, higijeniczne, socyjalne, nie mogą stanowić podstawy dla wytłumaczenia téj okoliczności, możnaby więc tylko dwa punkta wyjścia wyszukać, tj. że albo szczep słowiański posiada pewną odporność dla przyrzutu téj choroby, albo brak sprawozdań z tego obszaru ziemi prowadzi do mylnego ułożenia obrazu geograficznego. Hirsch, (*Berl. klin. Wochenschrift* 1864, str. 180) nie mając żadnych danych pod ręką, zrobił pierwsze przypuszczenie i do roku 1879 zmienićby go nie mógł, bo oto w tym czasie w łamach Przeglądu Lekarskiego (Nr. 20, 27) czytamy pierwszą wzmiankę o epidemii téj choroby w Chrzanowie, z któréj wynika, że już w r. 1874 tamże *meningitis cerebro-spinalis* panowała; rok 1880 przynosi nam drugie sprawozdanie (Przegl. Lekar. Nr. 43, 44, 46) o pojawieniu się téj choroby w latach 1879 i 1880 we Lwowie z podaniem wiadomości o innych ogniskach chorobowych rozsianych w Galicyi.

Nie tusząc sobie zupełnie, abym mógł dodać jakikolwiek rys nowy do bogatéj literatury téj choroby, zabrałem się do skreślenia niniejszego sprawozdania, aby zrobić kilka kresek na ogólnym obrazie epidemijologii krajowéj.

Gdy Niemcy, Francyja, Anglija, zasypują czasopisma lekarskie setkami sprawozdań z najmniejszéj epidemii, i tym sposobem, chociaż nie wszyscy rozjaśniają chorobę co do etyjologii lub patogenezy, przynajmniéj uzupełniają obraz rozszerzania jéj geograficznego, literatura nasza ubogą jest w tym kierunku. Z drugiéj strony zastrzedz się jednak muszę, jakobym chciał kreślić cały obraz epidemii krakowskiéj. Nie mając do tego zupełnie materyjału ograniczyć się tylko muszę do sprawozdania z przypadków téj choroby leczonych w szpitalu ś. Łazarza na oddziale Docenta Dra Pareńskiego.

Z ogólnego poglądu na te notatki widzieć możemy, że już w r. 1876 obserwowano przypadki *meningitis cerebro-spinalis* w szpitalu krakowskim, że odtąd, aż do ostatnich czasów, jużto więcéj epidemicznie jużto sporadycznie występowała ta choroba, i że we właściwém słowa tego znaczeniu epidemii w Krakowie nie było, kiedy w szpitalu, w którym odbija się obraz zdrowotnego stanu miasta, przez lat 5 zebrać można było tylko kilkanaście przypadków rozpadających się po kilka na pojedyncze lata [1]).

[1]) Przypadki nasze co do czasu rozpadały się jak następuje: r. 1876: 20 marca †, 15 listopada, 23 grudnia †; r. 1877: 27 stycznia †, 5 czerwca †; r. 1878: 22 kwietnia, 9 listopada †, 10 listopada † *(moribundus)*; r. 1879: 17 lutego, 7 kwietnia, 24 kwietnia, 5 grudnia; r. 1880: 28 maja.

Zostawiając sobie ogólne uwagi na koniec niniejszéj rozprawki przystąpię wprost do podania dat z pojedyńczych historyj chorób, do szczególnych uwag nad wybitniejszemi i ciekawszemi z nich, aby zaś ułatwić pogląd i szanownemu czytelnikowi i sobie będę się starał ugrupować pojedyńcze przypadki nie podług lat, lecz podług charakteru przebiegu sprawy chorobowéj każdorazowego przypadku.

Bieg czasu, coraz liczniejsze obserwacyje i obfitsze nagromadzenie materyjału z jednéj strony, dążność ujęcia w pewne reguły i schematy zjawisk natury z drugiéj strony, wpłynęły na wytworzenie działów i poddziałów w obrazie chorobowym *meningitis cerebro-spinalis epidem.* Za dużoby mi czasu zabrało wyliczenie i kreślenie historyi tych systematów, wspomnę tylko, że dwa charakterystyczne typy rozróżnić się w nich dadzą; jeden, który według poszczególnych przeważających symptomów stara się ugrupować pojedyńcze przypadki, a tu na czele stoją autorowie francuscy, drugi, gdzie cały obszar chorobowy, szybkość przebiegu, natężenie wszystkich charakterystycznych przypadów stanowią punkt wyjścia i podstawę w systematyce, twórcami ich autorowie angielscy i niemieccy, a powód do utworzenia tego ostatniego podziału i wytłómaczenie dla czego i ja w niniejszéj rozprawce trzymać się go będę dostatecznie skreślają słowa Hirscha *(Hist. geogr. Patg.* Tom II, str. 625): „*Eben so wenig ist es möglich nach den hervorragendsten Erscheinungen gewisse Krankheitsformen zu unterscheiden, da man alsdann in die Lage käme, eine Legion von Krankheitsbildern zu konstruiren, die durchaus keinen praktischen Werth haben, da man aus der einen Erscheinung keinen Schluss auf die übrigen Krankheitsverhältnisse, weder in funktioneller noch in anatomischer Beziehung, zu machen berechtigt ist*“.

Pomijając podziały Hirscha, Leydena, trzymać się będę podziału Ziemssena, jaki znachodzimy w jego dziale *(Handbuch der speziel. Path. u. Ther.* t. II, str. 503) z małą poprawką umieszczoną w *Deutsches Archiv für klinische Medizin* 1866 T. I, str. 346, w opisanéj przez niego epidemii w Erlangen.

Systemat ten jest następujący: 1) forma piorunująca, 2) forma ostra, 3) forma przyostra, *a*) ze śmiertelném zakończeniem, *b*) z pomyślném, 4) forma intermitująca, 5) forma poronna. Dział 1 i 5ty pozostaje w sprawozdaniu naszém bez przykładu dla tego w niniejszéj rozprawce tylko o pozostałych trzech formach mówić będę.

A) Forma ostra.

I. Wincenty Swierczak l. 12, uczeń szewski przyjęty do szpitala d. 24 grudnia 1876.

W d. 23/12 wyszedłszy z domu w zupełnie dobrym stanie zdrowia przyniesiony był w kilka godzin nieprzytomny.

Status praesens 25/12: Odżywienie mierne. Narząd oddechowy i krążenia prawidłowy. Śledziona niepowiększona. Głowa w tył wygięta, mięśnie karkowe napięte, odnoga górna lewa bezwładnie obwisła, czucie w niéj zniesione. Ból głowy i wzdłuż stosu pacierzowego.

26/12. Głowa jeszcze więcéj w tył wygięta, *opisthotonus*, opad powieki górnéj prawéj *(ptosis palpebrae sup. dextr.)*. Chory niespokojny, rzuca się, płacze, jęczy. T. r. 38° w. 37°.

27/12 T. r. 38·5° w. 37·5°. Stan ten sam, śmierć w 5 dniu choroby.

Sekcyja (w streszczeniu): Opona twarda napięta, opony miękkie silnie nastrzykane. W rowkach międzyzwojowych wypocina zielonawo-żółta. Na przekroju miąższ mózgu nieco zbitszy przedstawia liczne punkta krwawe nadające powierzchni przekroju odcień różowawy. Na podstawie mózgu koło skrzyżowania nn. wzrokowych *(chiasma nerv. optic.)* miejsce, wielkości kilku milimtr., wypełnione wypociną wyżéj opisaną, również na podstawie móżdżku miejsce takież same wynoszące 1 cm. kw. Wzdłuż rdzenia pacierzowego między oponą pajęczą a naczyniową wypocina włóknikoworopiasta, naczynia rdzenia rozszerzone.

Płuca lekko przyrosłe do klatki piersiowéj. Opłucna jasno czerwono zabarwiona. Na przekroju płuco wszędzie powietrze zawiera, prócz kilku miejsc zapadłych o powierzchni poniżéj poziomu reszty płuca, sino zabarwionych, zbitszych. Serce prawidłowe. Wątroba wielkości prawidłowéj, torebka napięta, przejrzysta, na przekroju prawie jednostajnie szaro zabarwiona, tłuszczowo połyskująca, krucha.

Śledziona powiększona, torebka pomarszczona. Na przekroju wiśniowo zabarwiona, miąższ zbity, miazga z trudnością zeskrobać się daje. Nerki prawidłowe.

D. anat.-Meningitis cerebro-spinalis purulenta. Degeneratio parenchymatosa acuta.

II. Maryjanna Balawendrowa l. 52, wyrobnica, przyjęta do szpitala d. 30 stycznia 1877. Choroba rozpoczęła się przed 3 dniami od silnego bólu głowy, majaczenia i miernego rozwolnienia, w krótce utrata przytomności.

Badanie wykazało napięcie mięśni karkowych i wszystkich zginaczy tak odnóg dolnych jak i górnych, przeczulicę miernego stopnia, bezprzytomność, niepokój. Granice płuc obniżone, tony serca głuche, śledziona od 9 żebra macalna, c. 39°. Przez dalsze 3 dni stan się pogorszył, przystąpił *opisthotonus*, tętno ze 120 podskoczyło w dzień śmierci na 138. Śmierć w 7 dniu choroby.

Sekcyja: Opona twarda miejscami zgrubiała, silnie napięta. Opona miękka gęsto nastrzykana, wzdłuż żył znaczna ilość wypociny ropnéj. Istota szara mózgu jednostajnéj grubości, istota biała różowawo zabarwiona, wśród niéj liczne punkta krwawe i kilka ognisk różowo zabarwionych z jasno czerwonemi kropkami spojności równéj co i miejsca sąsiednie. Na podstawie mózgu, również wzdłuż naczyń żylnych, wypocina włóknikoworopna, opona również gęsto nastrzykana, ciecz podoponowa mętna z wypociną włóknikoworopną zmięszana. Rdzeń pacierzowy okazuje na swéj tylnéj stronie, wzdłuż splotów żylnych, gruby pokład wypociny ropnéj. Na przekroju istota szara okolicy lędźwiowéj różowo-szaro zabarwiona wypukla się ponad powierzchnię, granice jéj zatarte; istota biała nie przedstawia zmian wolném okiem dostrzegalnych. Części przednie obydwóch płuc nadmiarowo powietrzem rozdęte, tylne i dolne ciemno-czerwono zabarwione i zbitsze. Na przekroju części przednie przedstawiają miąższ wiotki, suchy; części tylne i dolne żywo czerwono zabarwione, zalewają się wielką ilością cieczy krwawéj pienistéj. Pod opłucną obydwóch płuc, szczególniéj w częściach dolnych, liczne miejsca drobne, ciemne. Serce, wątroba, śledziona, nerki prawidłowe. Błona śluzowa żołądka nierówna, okazująca bardzo liczne drobne guzki, zgrubiała, w części koło wpustu silnie nastrzykana zawiera drobne wybroczyny, w okolicy zaś odźwiernika szaro zabarwiona. Bł. śluzowa jelita cieńkiego blada, gruczoły odosobnione wysterczają nieco nad powierzchnię. *D. anat. Meningitis cerebro-spinalis purulenta; myelitis in parte lumbali. Emphysema et oedema pulm. Catarrhus ventriculi chronicus.*

Bezprzytomność w przypadku 1szym nagła, w 2gim poprzedzona na krótko bólem głowy, trwanie jéj do śmierci,

niepokój, rzucania się, jednakowy mniéj więcéj obraz zmian anatomicznych, oto wspólne cechy tych dwóch przypadków. Szybkie wystąpienie objawów porażennych u Swierczaka, a długo utrzymujący się okres podrażnienia objawiającego się ogólną przeczulicą, silnemi kontrakturami mięśni grzbietowych i zginaczy odnóg dolnych i górnych u Belewandrowéj, stanowią dość znaczną różnicę obydwóch przypadków, różnicę, której ze zmian anatomicznych nam dostępnych wcale wytłumaczyć nie bylibyśmy w stanie, gdybyśmy nie uwzględnili słów Schützenbergera (*Resumé der medizinischen Klinik zu Strassburg.* Schmidt's *Jahrb.* T. LIII, str. 290), że „zmiany funkcyjonalne, które zowiemy objawami *meningitidis*, są nie tylko prostym i bezpośrednim wynikiem sprawy zapalnéj błon mózgowych lub rdzeniowych, po większéj części są one wywołane podrażnieniem, jakie ta sprawa na sam miąższ mózgu lub rdzenia wywiera, a rozmaitość ich przy tych samych zmianach anatomicznych znalezionych na stole sekcyjnym jest wynikiem różnego stopnia drażliwości indywiduów, łatwości lub trudności przenoszenia wrażeń i t. d.".

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Z kliniki chirurgicznéj Prof. Bryka.

Przyczynek do kazuistyki chorób chirurgicznych przewodu pokarmowego.

Opracował Dr. Schramm.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 21).

Zupełnie podobne zachodzić mogą stosunki przy głębokich ropniach ściany brzusznéj, z tą tylko różnicą, że w tym razie kiszka zostaje otwarta od zewnątrz ku wewnątrz, jak to widzimy w następującym przypadku.

W kwietniu 1861 r. przyjętą została do kliniki 30-letnia kobieta, która podczas połogu cierpiała na ropne zapalenie powłok brzusznych. Po 5 tygodniach pobytu w klinice umarła ona z powodu suchot płucnych, a przy sekcyi znaleziono następujący ciekawy obraz: Pięć cm. na prawo od linii białéj i 3cm. pod pępkiem znajduje się jama ropnia wielkości jaja kurzego sięgającego aż do otrzewny, która wypuklając się na zewnątrz w kształcie worka pociągnęła za sobą także zrośniętą z nią przednią ścianę okrężnicy poprzecznéj. Na samém dnie jamy zniszczona już była przez ropienie otrzewna i część ściany kiszki aż do błony śluzowéj i nie ulega wątpliwości, że byłoby przyszło do otwarcia kiszki i do utworzenia rzyci nienaturalnéj, o tych samych cechach jak w opisanym przypadku, gdyby śmierć nie była nastąpiła z wyżéj wspomnianéj przyczyny.

Dwa ostatnie przypadki przytoczyłem tylko w celu wyjaśnienia sposobu powstania stanu, jaki opisałem w przypadku pierwszym i sądzę że na téj podstawie możemy przyjąć następne tłumaczenie sposobu wytworzenia się rzyci nienaturalnéj z wywinięciem się jelita. Pierwotną zmianą było uwięzgnięcie przedniéj ściany okrężnicy (hernia Litrégo), która już przed przejściem w zgorzel zrosła się z bramą przepuklinową w całym jéj obwodzie, tak że po przebiciu jelita treść jéj nie dostała się do jamy brzusznéj, lecz tylko wywołała zgorzel ścian brzusznych w miejscu odpowiadającém także tylko bramie przepuklinowéj. Worek przepuklinowy uległ w skutek ropienia skurczeniu, tak że nie mogło przyjść do utworzenia się lejka Scarpy, a właśnie brak jego, jakoteż ta okoliczność, że ściana tylna kiszki była wcale nie zniszczona, ułatwiły wypadnięcie najpierw tylnéj ściany jelita, która przy silniejszém działaniu tłoczni brzusznéj pociągnęła za sobą przylegającą część kiszki. Nie ulega wątpliwości, że ściąganie się warstwy mięśni podłużnych, a wszystkie trzy *teniae coli* były utrzymane w całości, musiało przyczyniać się także do powiększenia części wypadniętéj, czemu sprzyjał także zupełny brak ostrogi, któraby mogła przeszkadzać wywinięciu się przynajmniéj końca stolcowego. Być może, że w samym początku cierpienia ostroga taka istniała, jak to każe przypuszczać badanie anatomiczne przypadku przepukliny powyżéj opisane, jednak fałd ten, już wtedy niewysoki, wygładzony został wkrótce przez ściągnięcie się krezki okrężnicy, tak że oba końce kiszki były w nieprzerwaném połączeniu przez jéj tylną ścianę, kał jednak wylewał się z powodu braku lejka Skarpy drogą najkrótszą, a zatém z otworu w ścianie brzusznéj. Ważną także okolicznością w opisanym przypadku było zarośnięcie się światła wywiniętéj kiszki w głębokości koło 5cm. od jéj końca stolcowego. Powikłanie to było ważne, albowiem ono tłumaczy nam, dla czego końca odbytnicowego wypadającéj kiszki nie można było, nawet po uregulowaniu i uszczupleniu dyjety, utrzymać w jamie brzusznéj dłużéj nad 4 do 6 godzin. Wspomniałem już bowiem, że, po odprowadzeniu téj części kiszki, wyczuć można było przez otwór w ścianie brzusznéj *volvulus* tworzący się z powodu niemożności zupełnego zniesienia wynicowania jelita. Nie ulega wątpliwości, że *volvulus* ten, drażniąc kiszkę jako ciało obce, podniecać musiał ruchy robaczkowe jelita, które posuwały je zawsze ku miejscu stałego przyczepienia jelita, zatém ku otworowi w ścianie brzusznéj.

Przechodzę teraz do dalszych przypadków operacyjnych na przewodzie pokarmowym, a mianowicie do wycięcia pętli jelita, następowego zespojenia obu odcinków czyli do tak zwanéj e n t e r o r a f i i. W obu przypadkach téj operacyi powodem jéj wykonania była zgorzel jelita uwięzgniętego. Pierwszy z nich zdarzył się w kwietniu 1879 r. u żydówki 36-letniéj. U choréj téj wystąpiło uwięzgnięcie staréj przepukliny udowéj prawéj już 10 dni przed jéj przybyciem do kliniki. W czasie jéj pobytu w domu starali się różni lekarze odprowadzić przepuklinę do jamy brzusznéj, gdy to jednak się nie udało mimo używania znacznéj siły, przyniesiono chorą, już prawie konającą, do kliniki. Głos jéj był ledwie słyszalny, tętno szybkie, nitkowate, wymioty ustawiczne już od dni kilku cuchnęły kałem. Przy badaniu miejscowém znaleziono w okolicy kanału udowego prawego obrzęk wielkości jaja gęsiego, pokryty skórą sino-czerwoną, mocno napięty; przy naciskaniu palcem czuć w nim wyraźne trzeszczenie. Wszystkie te objawy zatém przemawiały za istniejącém już przedziurawieniem kiszki. Po zachloroformowaniu choréj przecięto skórę wzdłuż obrzęku, poczém zaraz wylała się na zewnątrz ciecz mocno cuchnąca, posokowata, pomięszana z kałem i z gazami. Przy bliższém badaniu okazało się, że w przedziurawionym worku przepuklinowym leżała pętla jelita cienkiego rozdarta i w rozciągłości 12cm. zgorzelinowa. Po wycięciu więc całéj téj pętli aż do części zdrowych kiszki wraz z odpowiednią częścią krezki, zespojeniu odcinków szwem Lamberta, jak to dokładnie opiszę niżéj, odprowadzono kiszkę przez rozszerzoną poprzednio bramę przepuklinową do jamy brzusznéj. Chora ta umarła w kilka godzin po operacyi, a sekcyja nie mogła być robiona z powodu nalegań przesądnych krewnych choréj. Nie zatrzymując się więc dłużéj nad tym przypadkiem przechodzę do drugiego, nad którym zastanowimy się nieco obszerniéj.

Przepuklina pachwinowa zewnętrzna prawa. Zgorzel jelita, enterorafia, śmierć w 8 dniu po operacyi, sekcyja.

Kozień Józef, lat 29 liczący, szewc, nie przebywał żadnych ważniejszych chorób, cierpiał dość często na zaparcie stolca, a przy oddawaniu go miał doznawać czasami bólu w okolicach pachwinowych. Bóle te jednak nie były nigdy silne, jakotéż chory stanowczo twierdzi, że nigdy nie spostrzegł w pachwinach żadnego niezwykłego obrzęku. Kilkanaście dni przed powstaniem obecnéj choroby K. nabawił się dość silnego kaszlu, który mu jednak nie przeszkadzał w zwykłém zatrudnieniu. W dniu 10 listopada 1880 r., wracając do domu o godzinie 11 w nocy, zakaszlał bardzo mocno a zaraz potém uczuł gwałtowny ból w prawéj pachwinie. Doszedłszy z trudem do domu położył się do łóżka, a oglądając bolesną okolicę spostrzegł w niéj obrzęk wielkości jaja. Wezwany lekarz próbował tylko bardzo lekko odprowadzić obrzęk ten do jamy brzusznéj. Gdy jednak to się nie udało, nie używał większéj siły, lecz polecił choremu udać się do kliniki chirurgicznéj, dokąd téż chory przyniesiony został dnia 11/11 o godzinie 12 w południe. Od chwili wystąpienia obrzęku chory nie oddał ani stolca ani wiatrów, doznawał silnych nudności, a 2 razy wymiotował. Badanie kliniczne wykazuje stan następujący: Odżywienie mierne, skóra szczególnie na twarzy blada, zimnym potem oblana, rysy zaostrzone, oczy zapadłe. W okolicy pachwinowéj lewéj znajduje się obrzęk wielkości jaja gęsiego, dłuższa oś jego skierowana jest od zewnątrz i góry, na dół i na wewnątrz, zapuszczając się do prawéj połowy moszen. Skóra nad obrzękiem prawidłowa, obrzęk o powierzchni gładkiéj, elastyczny, przy ucisku miernie bolesny, szczególnie nad swą zasadą w okolicy kanału pachwinowego. Wypuk wykazuje odgłos stłumiono — bębenkowy. Po zachloroformowaniu chorego próbował prof. Bryk odprowadzić przepuklinę za pomocą ostrożnego ucisku połączonego z ruchami wahadłowemi całego obrzęku. Gdy jednak usiłowania te nie prowadziły do celu, przystąpił prof. B. do wykonania hernijotomii. Po przecięciu powłok zewnętrznych i worka przepuklinowego zwykłym sposobem natrafiono w nim na pętlę jelita cienkiego, 12 do 15cm. długą, barwy nieco sinawéj. Po obejrzeniu téj pętli wprowadził operujący palec wskazujący ku bramie przepuklinowéj, która tworzyła pierścień ostry i mocno napięty, tak że tylko z trudem udało się wprowadzić między nim a kiszką ledwie sam koniec paznokcia. Pod przewodnictwem i osłoną tego palca rozszerzono bramę przepuklinową herniotomem przez kilka nacięć płytkich po stronie zewnętrznéj pierścienia uciskającego. Po uwolnieniu tym sposobem zaciśniętéj pętli jelita pociągnięto ją ku zewnątrz i wtedy okazało się, że kiszka w miejscu zaciśnięcia była ciemno-brunatno zabarwiona, a w ścianie jéj przedniéj znajdował się otwór 20-centówki. Stwierdziwszy taki stan przystąpił prof. Bryk do resekcyi kiszki a ta część operacyi wykonaną była w następujący sposób: Przy granicach mającéj się wyciąć pętli uchwycono ją wraz z odpowiednim kawałkiem krezki w kleszcze, których ramiona pokryte były rurkami gumowemi. Następnie wycięto nożyczkami pętlę zgorzelinową w długości 12cm. wraz z trójkątnym kawałkiem krezki, obcięcia jednak nie schodziły się zupełnie z sobą tak, że wycięta pętla jelita trzymała się jeszcze na małym mostku krezki, w którém to miejscu właśnie widoczne było większe naczynie. Szwem Lamberta, do którego używano delikatnych prostych igieł angielskich nawleczonych cienkim jedwabiem wygotowanym i przechowywanym w 10% rozczynie karbolu (sposób Czernego), zespojono najpierw przednią blaszkę krezki, potém przednią ścianę zbliżonych do siebie odcinków kiszki, daléj tylną ścianę kiszki. Teraz dopiero oddalono zgorzelinową pętlę jelita w sposób następujący: Najpierw założono szew Lamberta przy samym szczycie wyciętego z krezki trójkąta. Następnie podwiązano katgutem mostek, na którym trzymała się jeszcze pętla jelita i oddzielono ją po nad miejscem podwiązania. Cała operacyja odbyła się aż do téj chwili pod ciepłym dymem 1% rozczynu karbolu. Nagle spostrzeżono, że znaczna część pętli jelita leżącego na zewnątrz, zbielała, zesztywniała, słowem wyglądała jakby wygarbowana. Usunięto więc natychmiast rozpylacz, pętle jelita pokryto wilgotną gąbką, zmaczaną w ciepłym rozczynie kwasu salicylowego, zespojono szybko tylną blaszkę krezki kilkoma szwami Lamberta, poczém cała kiszka i część wypadniętéj sieci dała się odprowadzić bez znaczniejszych trudności do jamy brzusznéj, przyczém jednak spostrzeżono, że sieć nitkowatą wypustką przyrośniętą była do ściany kanału pachwinowego. Ranę skórną zespojono kilkoma szwami węzełkowemi, założono opatrunek Listera i chory odniesiony został na salę.

Zanim opiszę dalszy przebieg po operacyi pozwolę sobie podnieść kilka szczegółów tak co do powstania przepukliny w powyższym przypadku, jak i co do saméj operacyi.

(Dokończenie nastąpi).

III. Sprawozdanie z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego z lat czterech (tj. od roku szkolnego 1874/5 do roku szkolnego 1878/9).

VI.

Choroby zakaźne.

Przez Dra H. Schramma.

(Dokończenie. Patrz Nr. 21).

3. Dur osutkowy. Opierając się na 19 przyp. w klinice stałéj leczonych przedewszystkiém zaznaczyć musimy dwie właściwości, jakiemi odznaczała się przeważna część naszych przypadków, a mianowicie częstą obecność przypadów brzusznych i skłonność do rychłego pojawiania się osłabienia siły popędowéj serca. Przypady brzuszne, o których powszechnie twierdzą, że są w durze osutkowym przypadkowém tylko i rzadkiém powiklaniem, w naszych przypadkach przydarzały się często, mianowicie uważano w 2ch przypadkach biegunkę, w 2ch bębnicę, w 1 bębnicę z biegunką, gdzie wypróżnienia stolcowe wodniste dochodziły do 30 dziennie, a w 4 przypadkach biegunkę, bębnicę, bolesność i kurczenie nad kiszką ślepą. Czy zjawisko to jest tylko przypadkowém, lub też polega na pewnych warunkach miejscowych, a tém samém nadaje przebiegowi duru osutkowego w naszém mieście pewne piętno endemiczne, rozstrzygnąćby mogły tylko spostrzeżenia szpitalne, obejmujące znacznie większą liczbę przypadków téj choroby. Osłabienie czynności serca, objawiające się między innemi rozszerzeniem wymiaru poprzecznego serca, tętnem miękkiém, a często przytém wielkiém, skłonnością do tworzenia się w płucach spraw ociekłinowych, wreszcie sinicą skóry i błon śluzowych przy braku wybitniejszych objawów nieżytu oskrzelowego, pojawiało się niekiedy już w pierwszych dniach choroby. W 12 przypadkach uważano słabą czynność serca, co także przekracza prawidłową częstość tego objawu, i zdaje się stanowić drugą właściwość naszych durów osutkowych.

Okres zwiastunów w większéj liczbie przypadków był bardzo krótki, lub wcale go nie było, tylko w 3 przyp. był nieprawidłowo długi, gdyż wynosił 1—2 tygodni. Początek choroby w przeważnéj liczbie stanowił jednorazowy dreszcz, a tylko w 1 przypadku, który odznaczał się bardzo ciężkim przebiegiem, dreszcz powtórzył się kilkakrotnie. Obfitsze wybroczyny w skórze znaleziono tylko w 3 przyp., z których dwa odznaczały się także krwotokami nosowemi. Z powikłań i chorób następowych wymienić należy zapalenie gruczołu przyusznego (*parotitis*) z przejściem w ropienie w 2 przyp., raz przydarzyła się odleżyna na kości krzyżowéj już w 11 dniu choroby, a po razie ocieklina płuc, zapalenie płuc dławcowe, nieżytowe i ocieklinowe.

Najwyższe wzniesienie się ciepłoty ciała w godzinach popołudniowych, przeszło u ¾ wszystkich chorych, przekraczało 40°C., tylko w 1 przypadku najwyższa ciepłota w ciągu całéj choroby nie przechodziła 39°C., w 2 przyp. dosięgała 40°C., a w jednym przyp. przenosiła 41°C. Po odciągnięciu 5 przyp., gdzie początek choroby nie dal się dokładnie oznaczyć, w pozostałych 14 przyp. *maximum* podniesienia się ciepłoty przypadało na rozmaite dnie choroby, począwszy już od 3go dnia aż do 14go dnia choroby: najczęściéj, bo w 5 przyp., przypadało na dzień 10ty, a w jednym przyp. gorączka osiągnęła najwyższy stopień dopiero w 15tym dniu choroby. Pierwsze zwolnienie stanu gorączkowego nastawało w przeważnéj liczbie przypadków między 10—13tym dniem choroby, a tylko w 2 przyp. z dnia 7go na 8my. Zupełne przełamanie się gorączki *(crisis)* uważano najczęściéj z 14go na 15ty dzień choroby, poczém ciepłota albo wcale się już nie podnosiła, albo téż przez następne dwa lub trzy dni pod wieczór pojawiał się przemijający stan podgorączkowy. Powolne ustępowanie stanu gorączkowego (*lysis*) spostrzegano w dwóch przypadkach, a mianowicie w jednym gorączka zaczęła się stale zmniejszać od 12go, w drugim od 7go dnia choroby. Po ustąpieniu gorączki ciepłota obniżała się często poniżéj prawidłowéj; w jednym przypadku do 35·3°C.; tętno wracało do częstości prawidłowéj lub téż niekiedy niżéj częstości prawidłowéj (w 2 przyp. do 54).

Objaw oddechowy Cheyne-Stokesa uważano w jednym przypadku w ciągu 6 dni poprzedzających przełamanie się gorączki; pomimo młodego wieku chorego (l. 21), dobréj budowy i dobrego odżywienia i miernego stanu gorączkowego, gdzie najwyższe wzniesienie się ciepłoty wynosiło tylko 39·7°C., przebieg choroby w tym przypadku był bardzo ciężki i nieprawidłowy z powodu znacznéj biegunki, rychło powstającéj odleżyny, wybitnych objawów osłabienia czynności serca i z powodu ropnego zapalenia gruczołu przyusznego; mimo to jednak choroba zakończyła się pomyślnie.

Śmiercią zakończył się tylko jeden przypadek u mężczyzny l. 42 liczącego, w dniu 11 choroby, pomimo że ciepłota najwyższa wynosiła tylko 39·6°C. i pomimo zmniejszenia się gorączki z dnia 9go na 10ty. Cechą główną tego przypadku była śpiączka głęboka już od 4go dnia choroby, utrudnienie oddechu, sinica i tętno dochodzące do 144. Obok stłuszczenia serca, wątroby, nerek i mięśni wykazała sekcyja w szczycie lewego płuca kilka dawnych ognisk serowatych, otoczonych zbitą tkaniną, a obok nich rozsiane liczne świeże gruzełki. Zmiana ta w płucu była najprawdopodobniéj przyczyną niepomyślnego przebiegu choroby, z czém zgadzają się spostrzeżenia prof. Korczyńskiego, który u chorych ze zmianami szczytowemi w płucach widział bardzo często niepomyślne zakończenie się choroby, pomimo niewielkiego nasilenia gorączki i braku jakichkolwiek powikłań.

Że procent śmiertelności w naszych przypadkach wynosił niespełna 5·3%, pomimo że mieliśmy do czynienia przeważnie z przypadkami bardzo ciężkiemi, przynajmniéj w części przypisać należy leczeniu, które przeważnie zmierzało do utrzymania sił przez żywienie pokarmami płynnemi w ilości dostatecznéj podawanemi i do skrzepiania siły popędowéj serca przez środki podniecające, których nie skąpiono, ilekroć spostrzeżono jakikolwiek objaw osłabienia w narządzie krążenia. Ze środków przeciwgorączkowych stosowano chinin, salicyn, kwas salicylowy, będźwinian sodowy, tymol i kąpiele chłodne. O działaniu tych leków to samo prawie powiedzieć możemy, co w durze brzusznym, z tą tylko różnicą, że podniesienie ciepłoty ciała jest w durze osutkowym jeszcze więcéj opornem wobec środków przeciwgorączkowych niż w durze brzusznym.

Że z większemi dawkami chininu trzeba być bardzo ostrożnym u osób niedokrewnych, z wadami sercowemi, poucza przypadek kobiety 35-letniéj z niedomykalnością zastawki dwudzielnéj w okresie zupełnéj kompenzacyi, która w dniu 3cim duru osutkowego okazywała zrana ciepłotę 38·6, wieczór 40·3, a tętno 106. W dniu 4 choroby wynosiła ciepłota zrana o godz. 8éj 39·4, o 10éj 39·8, o 12éj 40·1, o 2éj 39·9; o godzinie 2éj podano 4 grm. siarkanu chininowego a mianowicie co ¼ godz. po 1 gramie, poczém o godz. 4éj ciepłota wynosiła wprawdzie tylko 38·7, ale chora obok zupełnego prawie ogłuszenia, szumu w uszach i wymiotów kilkorazowych okazywała objawy znacznego zapadu, które mimo środków podniecających trwały aż do popołudnia dnia następnego. Przebieg dalszy ciepłoty był następujący: aż do późnego wieczora ciepłota utrzymywała się na 38·7°C.; nazajutrz o godz. 7 rano wynosiła 37·9, o godz. 9éj 37·5 i odtąd podnosiła się zwolna, by o godz. 5éj popoł. dojść do 40·1°C. Od czasu podania chininu tętno stało się małém i miękkiém, a aż do czasu przełamania się gorączki w dniu 13tym choroby podtrzymywać musiano czynność serca za pomocą środków podniecających.

4. Dur powrotny w czasie nagminnego panowania w r. 1878 pomiędzy najuboższą ludnością dostarczył 4 przyp. do kliniki stałéj, z których jeden odznaczał się mierną żółtaczką, występującą w każdym napadzie. Jako choroby następowe uważano w jednym przyp. zapalenie płuc, w drugim zapalenie osierdzia. Wszystkie przyp. ukończyły się pomyślnie.

5. Błonica *(diphtheritis)* i porażenia pobłonicowe dostarczyły 26 przyp., z których tylko 8 odnosi się do chorych więcéj niż 30 lat liczących, reszta zaś do osób między 10 do 27 rokiem życia. Co do błonicy zasługiwałby na wzmiankę pobieżną przypadek u 10-letniéj niedokrewnéj dziewczynki, gdzie, mimo miernego tylko nasilenia sprawy miejscowéj i mimo bardzo znacznego podniesienia ciepłoty ciała, już w 5 dniu choroby pojawił się upadek sił i osłabienie mięśnia sercowego tego stopnia, że chwilami tętno sprychowe wymacać się nie dało, a w dniu 11ym po ustąpieniu stanu gorączkowego i po zupełném zniknięciu wypocin błonicowych pojawiły się na skórze bardzo liczne wybroczyny, które utrzymywały się dni kilkanaście. Z 4 przyp. porażeń pobłonicowych zasługują na wzmiankę dwa przypadki. 1) U chłopca 17-letniego w 10 dni po przebyciu błonicy powstało porażenie odnóg dolnych, poprzedzone silnemi bólami w takowych;

badanie w 6 tygodni późniéj wykazało lekkie upośledzenie mowy, zwrócenie języka ku stronie prawéj, niedowład odnóg dolnych połączony z upośledzeniem kurczliwości mięśniowéj i ze sinicą odnóg. Po 2 miesiącach leczenia za pomocą jodku potasu, rozcieku Fowlera i kąpieli letnich przypady chorobowe ustąpiły zupełnie. 2) U mężczyzny 22-letniego, przyjętego w 10 miesięcy po przebyciu, jak się zdaje, błonicy, znaleziono rozległe i znaczne zboczenia w układzie nerwowym a mianowicie: upośledzenie ruchomości podniebienia miękkiego, niedowład odnóg dolnych połączony z niezbornością ruchów i z upośledzeniem odruchów ścięgnistych, niedowład małego stopnia odnogi górnéj lewéj, i upośledzenie czucia elektrycznego i dotykowego po całéj stronie lewéj. Wszelkie środki lecznicze były w tym przypadku całkiem bezskuteczne.

6. Zapalenie opon mózgo-rdzeniowych (*meningitis cerebro-spinalis*) dostarczyło klinice stałéj 3 przyp., z których jeden nie odznaczał się szczególniejszemi przypadami. Drugi przyp. zasługuje na przytoczenie z powodu bardzo ciężkiego i przewlekłego przebiegu, gdzie mimo zapalenia miąższowego nerek, zapalenia dławcowego prawego płuca i bardzo ciężkich przypadów w sferze nerwowéj, jak ogólnych drgawek, zupełnéj śpiączki, porażenia połowiczego strony lewéj i następowych kontraktur w odnogach, a w późniejszym okresie choroby pojawienia się moczówki (*diabetes insipidus*), po 4-miesięczném trwaniu, choroba ukończyła się pomyślnie. W pierwszym miesiącu choroby ciepłota ciała podnosiła się niekiedy do 40·8°C. i opadała napowrót do prawidłowéj, w drugim miesiącu ciepłota ciała była stale prawidłową, za to tętno dochodziło prawie zawsze do 154. Trzeci przypadek zakończył się śmiercią po 7-tygodniowém trwaniu choroby, lubo kilka razy pojawiały się łudzące objawy pozornego polepszenia i nastawało znaczne zwolnienie przypadów. Dreszcze, które pojawiały się okresowo w ostatnich dniach choroby, pozwalały się domyśleć wypociny ropnéj w oponach mózgo-rdzeniowych, a sekcyja wykazała istotnie małą wypocinę włóknikowo-ropną na podstawie mózgu i na oponie rdzenia pacierzowego w wysokości 4go kręgu grzbietowego obok przekrwienia opon tak mózgowych jakoteż rdzeniowych.

7. Nieliczne przypadki czerwonki, ospy, płonicy, odry i wrzodu miękkiego nie przedstawiały nic uwagi godnego. Z kiłą spotykano się częściéj w klinice ruchoméj, gdzie stanowiła tylko przedmiot dyjagnozy, aniżeli w stałéj, gdzie przyjmowano tylko ciekawsze przypadki osobliwie ze zmianami kiłowemi w narządach wewnętrznych. Wspomnieć należy o przypadku kilaka mózgowego z porażeniem połowiczém i afazyją i o przypadku zapalenia kiłowego okostnéj i ochrzęstnéj 7go i 8go żebra z bardzo szybkiém wyleczeniem przy używaniu wcierań szaruchy.

IV. Oceny i sprawozdania.

V. Bresgen: **Der chronische Nasen- und Rachenkatarrh Eine klinische Studie. Mit 11 in den Text gedruckten Abbildungen.** Wien u. Leipzig, 1881, Urban u. Schwarzenberg. Duża 8ka, str. 85.

Jeżeli wielkie choroby ustroju ludzkiego zasłużyły sobie z natury rzeczy na staranny opis naukowy i zastosowaną do pojęć umiejętnych i doświadczenia terapiję, to równie baczna uwaga należy się chorobom, które, wprawdzie nie grożą utratą życia, ale niemniéj przez swą obecność czynią życie niemiłém lub upośledzają różne funkcyje organizmu. Bez zaprzeczenia jedno z ważniejszych miejsc w rzędzie tych chorób należy się przewłocznemu nieżytowi nosa i przełyku przez blizki jego stosunek do narządu słuchowego, przyrządu oddechowego i zmysłu powonienia, tudzież tak częstych a ogólnych cierpień organizmu, jak zołzy i kiła. Dla tego w obec ważności, osobliwie w praktyce prywatnéj mianowicie ambulatoryjnéj, cierpień przewłocznych nosa i przełyku, tudzież téj okoliczności, iż lekarze chorobom, o których mowa, nie poświęcają téj staranności, jaka im się słusznie należy, dobrą powziął myśl autor, że opracował, na podstawie prac najnowszych i własnych a starannych doświadczeń, rzecz o chronicznym katarze nosa i przełyku.

Pracę swą podzielił autor na sześć części: we wstępie mówi o stosunku specyjalistów lekarzy do kolegów zajmujących się całą medycyną w ogólności i przestrzega pierwszych i to słusznie od zasklepiania się szczelnie w obranéj przez siebie cząstce umiejętności lekarskiéj; w rozdziale drugim przedstawia dokładnie próby badania nosa i przełyku i podaje własnego pomysłu narzędzia do tego celu; w rozdziale trzecim mówi o etyjologii i nie przypuszcza np. między innemi, żeby kiła w zdrowéj poprzednio błonie śluzowéj nosa mogła doprowadzić do zmian swoistych a natomiast potępia stanowczo zażywanie tabaki, w czém niewątpliwie zgodzi się z każdym lekarzem postępowym. W rozdziale 4tym zastanawia się krytycznie nad przypadami i przebiegiem, w 5tym nad leczeniem chronicznego kataru nosa i przełyku, przeważnie na podstawie własnych doświadczeń i postrzeżeń, w zakończeniu wreszcie przyznaje, że wielu przypadków nie można wyleczyć zupełnie, sądzi atoli, że przy wytrwałéj a odpowiedniéj terapii można nawet najgorsze znacznie poprawić.

W obec ważności chorób, o których mowa, a starannego i krytycznego obrobienia przedmiotu polecamy pracę Bresgena uwadze kolegów lekarzy praktycznych, tém więcéj, że i strona jéj zewnętrzna odpowiada najzupełniéj słusznym wymaganiom. *D.*

O cięciu cesarskiém i jego metodach

napisał Dr. A. Mars

Docent położnictwa i Asystent kliniki położniczo-ginekologicznéj U. J.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 21).

Do niemiłych wydarzeń wśród operacyi należą: *a*) Przyczepienie łożyska na przedniéj ścianie macicy i skutkiem tego krwotok. Postępowanie jak w dawniejszéj metodzie. *b*) Niemożność wyprowadzenia macicy na zewnątrz tuż po wydobyciu płodu. W takim razie można wykonać rozszerzenie rany w ścianie brzusznéj ku górze, a gdyby i to nie wystarczyło, wydobyć popłód, poczém zawsze udaje się wydobycie macicy. Wydarzenie to nie jest miłém ze względu na stratę czasu przy istniejącém krwawieniu, a nadto jak Breisky powiada i z tego względu, że na macicy całkiem wypróżnionéj trudniéj jest daleko założyć pętlę zgniatacza tak, aby jajniki oba nad nią leżały. *c*) Niemożność założenia pętli zgniatacza tak, aby jajniki oba nad nią leżały, jak to wydarzyło się samemu Porro, który zostawił jeden jajnik, a nadto Spaethowi, który oba jajniki musiał pozostawić w jamie brzusznéj. Wycięcie jajników obu razem z macicą jest ważném już to w celu uniknięcia ciąży zamacicznéj, przy obecności jajnika i drożności szyi macicy zawsze możebnéj, już też w celu uniknięcia nawału krwi do części rodnych, które może wywołać *haematocele retrouterina*, jak w przy-

padku Péana, w którym z tego powodu chora zginęła w 11 dni po operacyi, udar jajnikowy z następowém pęknięciem tegoż itd. *d)* Pęknięcie pętli zgniatacza lub spłożenie się takowéj, co przydarzyło się naraz Breiskyemu, mimo że taką możebność przewidział i dwie pętle jednę pod drugą na dolnym odcinku założył, w chwili bowiem, gdy mu jedna pętla pękła, druga zsunęła się z kikuta i powstał znaczny krwotok, zanim był w stanie nową pętlę założyć. Dla tego należy mieć w pogotowiu więcéj niż 2 zgniatacze. *e)* Przecięcie otrzewny na macicy zgniataczem w przypadkach zbytniéj kruchości szyi. W takich razach należy pętlę zgniatacza poniżéj założyć. *f)* Zanadto silne wciąganie się kikuta do jamy brzucha po zaszyciu rany w powłokach brzusznych.

Przytoczone niemiłe zajścia wśród operacyi a nadto chęć udoskonalenia nowéj metody dały pochop do różnych poprawek w metodzie operacyjnéj, które poniżéj podajemy i tak: chcąc uniknąć krwotoku w czasie 2go i 3go aktu operacyjnego, tyle niebezpiecznego szczególniéj w przypadkach przyczepienia łożyska na przedniéj ścianie macicy, radzi Müller wydobycia macicy po dokonaniu 1go aktu i założenia tymczasowéj podwiązki na miejscu, na którém ma się późniéj znachodzić pętla zgniatacza. Ku temu celowi radzi on już w pierwszym akcie wykonać dłuższe cięcie w powłokach brzusznych prowadząc takowe ku górze i na lewo od pępka. W celu wydobycia macicy wprowadza operator rękę do jamy brzucha, stara się uchwycić róg macicy i wprowadzić w ranę operacyjną, poczém przy pomocy asystentów wyprowadza ją na zewnątrz. Na wydobytéj macicy zakłada w wysokości ujścia wewnętrznego podwiązkę i uciska ją tak silnie, aby w dalszym ciągu operacyi nie było krwotoku. Daléj następuje przecięcie macicy i wydobycie płodu, poczém dopiero zakłada się pętlę zgniatacza i kończy operacyję w sposób wyżéj opisany. Wydobycie takie macicy jest rzeczą bardzo trudną a czasem nawet niemożebną do wykonania tak, że na kilkadziesiąt, do końca ubiegłego roku wykonanych, operacyj metodą Porry, zaledwo w czterech przypadkach udało się wykonanie rady Müllera, mimo że wielu wykonać ją się starało. — Uderzającą tutaj jest okoliczność, iż jedni autorowie powiadają, że macica nie przecięta daje się z łatwością na zewnątrz wyprowadzić, podczas gdy inni twierdzą wprost przeciwnie, a nadto znanym jest przypadek operowany przez Späthа, w którym tenże nie mógł macicy na zewnątrz wyprowadzić przed wydobyciem łożyska. Na pozór zdawaćby się mogło, że wielkość płodu a tém samém i macicy jest rozstrzygającą (zaczém wymownie przemawia przypadek Spätha), czy macica nieprzecięta da się lub nie przez ranę na zewnątrz wyprowadzić. Aczkolwiek nie myślę przeczyć, że wielkość macicy ma znaczenie, to w obec faktu, iż w przypadku operowanym przez Müllera płód ważył 3000 grm., przez Breiskyego 3305 grm., a przez Tarniera 4500 grm., czyli, że w tych przypadkach płody były duże a mimo to dały się na zewnątrz wyprowadzić, a tém samém i macice posiadały duże rozmiary, muszę przypuścić inną jeszcze okoliczność, oprócz wielkości macicy wpływającą na łatwiejsze lub trudniejsze wydobycie macicy nieprzeciętéj na zewnątrz.

Pomijając trudności w wykonaniu rady Müllera mamy przypadki, w których wykonanie takowéj jest przeciwwskazaném i tak: *a*) przypadki, w których poród już dłużéj trwa i szyja macicy jest znacznie rozdęta i przez część poprzedzającą wypełniona, *b*) przypadki, w których wypadła pępowina, założenie bowiem podwiązki zagraża życiu dziecka, trzebaby zatém wpierw odprowadzić pępowinę. W celu łatwiejszego wykonania propozycyi Müllera radzi Breisky przebicie pęcherza płodowego, aby przez odpływ wód płodowych zmniejszyć objętość macicy. Z propozycyją tą zgadzają się Braun i inni. — W ostatnim czasie Halbertsma wychodząc z zasady, że przyczepienie łożyska na przedniéj ścianie macicy jest głównym i najniebezpieczniejszym nieprzyjacielem operacyi cięcia cesarskiego, podaje nowy sposób w celu dokładnego rozpoznania miejsca przyczepienia łożyska za pomocą punkcyi próbnéj. Przekonał się bowiem, że wbijając przez ścianę macicy do jéj wnętrza trójgraniec cienki, jeżeli nie napotkamy łożyska, otrzymamy wodę płodową, w przeciwnym razie krew. W przypadku przez niego operowanym miało mu się udać dokładne oznaczenie przyczepienia łożyska, a ponieważ takowe leżało w części tylko na przedniéj ścianie macicy, wykonał cięcie w ścianach macicy na boku i uniknął tym sposobem następstw wynikających z natrafienia łożyska w ranie operacyjnéj. Autor tuszy sobie, że sposób jego zastąpi w zupełności trudną do wykonania propozycyję Müllera. Teoretycznie przedstawia się ten nowy sposób bardzo pięknie, czy jednakowoż nie jest równie trudnym do wykonania jak rada Müllera, to pytanie. Chcąc wykonać radę przez Halbertsmę podaną musi operator być pewnym, że wykonywając punkcyję potrafi odróżnić, czy koniec trójgrańca przeszył ścianę macicy i znachodzi się w utkaniu miękkiém łożyskowém, lub téż nie przeszył ściany macicy i znachodzi się w jéj obrębie; w jednym bowiem i drugim razie sądzę, że otrzymamy krew przez rurkę trójgrańca. Nadto autor powiada, że w razach, gdy nie napotykamy trójgrańcem łożyska, występują wody płodowe, a jeżeli dotykamy jego końcem płodu, czujemy wyraźnie jego ruchy. Mimowoli nasuwa nam się pytanie, czy ta wyraźność ruchów płodowych nie może być przypadkiem wywołaną mniéj miłém i bezpieczném spotkaniem z ostrym końcem trójgrańca? Bądź co bądź jest to myśl, któréj wcale lekceważyć nie można a przyszłość okaże, o ile ona w praktyce zastósować się daje. W miejsce pętli zgniatacza Billrotha radzono użycia klamry, jeżeli jednak takowéj użyć mamy, winno jéj działanie być dośrodkowém a nie, jak niektóre klamry działają, z dwu przeciwnych sobie stron. Jeżeli bowiem klamra działa w dwu tylko kierunkach, to szypułka staje się płaską, ale za to szeroką; kształt taki szypułki utrudnia dowolne umiejscowienie téjże w dolnym kącie rany w ścianie brzusznéj. W obawie, że pętla zgniatacza założona na kikucie może się z takowego zesunąć, radzono przy podwiązywaniu przebić część nadpochwową macicy w wysokości ujścia wewnętrznego trójgrańcem, przeprowadzić przez rurkę dwie grube nitki i po usunięciu rurki podwiązać część nadpochwową macicy na obie strony. Metoda ta nie jest do zalecenia, a to z tego powodu, że nader łatwo może się wyrobić w otworze przez kikut drążącym przetoka, przez którą wydzielina z szyi macicy do jamy brzusznej wylewaćby się mogła. — Aby daléj kikut nie wciągnął się do jamy brzusznéj, radzono przeprowadzić przezeń długie igły na krzyż po nad powłokami brzusznemi, opatrzywszy końce tychże woskiem, sprężnikiem, albo umyślnie w tym celu sporządzonemi kapelusikami metalowemi. Igły takie pozostawia się aż do odpadnięcia ugniecionéj części kikuta. Radę tę z korzyścią zastósować można. — Do podwiązania i ugniecenia części nadpochwowéj używano: jedwabiu, podwiązki elastycznéj, sprężyny metalowéj; zgniataczy: Cintrata, Billrotha, Meiera, Melzera i Vorstädtera. Ostatniego przyrząd jest umyślnie dla operacyi cię-

cia cesarskiego według metody Porry wymyślony, opatrzony w sprężyny, pod wpływem których pętla instrumentu się zaciska w miarę kurczenia się szypułki macicznéj. — Różne jak w dawniejszéj metodzie istnieją zapatrywania co do drenowania jamy brzusznéj. (Porro przeprowadził dren u swéj chorej od górnego kąta rany brzusznéj do pochwy przez *cavum Douglasi*). — Co do kikuta jedni umocowują takowy w dolnym kącie rany, naśladując autora metody nowéj. Litzmann zapuścił takowy do jamy bruszněj. Schröder radzi robić klinowate wycięcie macicy, zespoić brzegi i zapuścić kikut do brzucha. Klotz zaleca utworzenie płatów, któreby się razem zespoić dały. Pośredni sposób podał i wykonywa Billroth, a mianowicie pod pętlą zgniatacza przeprowadza, po odcięciu macicy, dwie silne podwiązki przez środek kikuta, z których każda jedną jego połowę zaciska, poczém odejmuje zgniatacz i przeprowadza końce podwiązek przez powłoki brzuszne i wiąże je na zewnątrz. W ten sposób rana kikuta macicznego przylega do otrzewny ściany brzusznéj, co aby się tém pewniéj działo, przeprowadza się dwa szwy na powłokach brzusznych założyć się mające przez wierzchołek kikuta.

Leczenie następowe. Jak po każdéj laparotomii, tak też i tutaj, leczenie następowe jest głównie objawowém. Opatrunek należy zmienić, ilekroć przecieknie. Kikut najlepiéj pozostawić w spokoju, dopóki koniec jego zewnętrzny sam nie odpadnie, w razie tylko obawy, aby się nie wciągnął do jamy brzusznéj, można 2go lub 3go dnia po operacyi przyciągnąć bardzo ostrożnie pętlę zgniatacza. Przyciąganie takie musi się odbywać bardzo ostrożnie, albowiem Breisky ostrzega słusznie, że po kilku dniach pętla może się stać kruchszą i pęknąć, skutkiem czego powstały krwotok następowy może być niebezpiecznym, a nadto skutkiem przeciągania pętli zmienia się położenie kikuta a tém samém rozdzierają się bardzo łatwo świeże zlepienia z powłokami brzusznemi.

Przebieg po operacyi. W największéj liczbie przypadków zakończonych śmiercią przyczyną tego zejścia było zapalenie otrzewny, wywołane już to zakażeniem, już też to szerzyło się od brzegów rany źle się gojącéj, z przyczyny urazu wśród operacyi, a nadto w jednym przypadku przez zbyt mocne naciągnięcie krótkiego kikuta. W jednym przypadku przyczyna śmierci leżała w nagłym upadku sił, w jednym nastąpiła śmierć skutkiem krwotoku, a wreszcie w jednym skutkiem tężca. W przypadkach wyzdrowienia z chorób następowych dotąd uważano, prócz z góry przewidzianéj niepłodności, przepukliny brzuszne, przetoki szyi macicznéj, które zakłócały szybkie wyzdrowienie w niektórych przypadkach. Leczenie w przypadkach wyzdrowienia trwało od jednego do dwóch miesięcy. Ugnieciona część kikuta odpadała zwykle między 4 a 5 dniem po operacyi. W przypadkach operowanych przez K. Brauna przy badaniu po kilku miesiącach okazało się, że kikuty oddzieliły się od ściany macicy i były wolno poruszalne, co przez badanie wewnętrzne wykazać można było.

Zestawienie. Skoro znamy przebieg operacyi według obu głównych metod, należy nam się zastanowić nad statystyką i porównać je ze sobą, aby wysnuć wniosek, któréj się pierwszeństwo należy. Podług najnowszych zestawień statystycznych Mayera miano w różnych krajach następujące wyniki po dawniejszéj metodzie operacyjnéj:

Z 480 operowanych w Anglii wyzdrowiało 236, umarło 244, tj. 50%. Z 712 operowanych w Niemczech wyzdrowiało 332, umarło 380, tj. 53%. Z 344 operowanych we Francyi wyzdrowiało 153, umarło 191, tj. 55%. Z 11 operowanych w Belgii wyzdrowiało 4, umarło 7, tj. 63%. Z 46 operowanych we Włoszech wyzdrowiało 5, umarło 41, tj. 87%. Z 12 operowanych w Ameryce wyzdrowiało 8, umarło 4, tj. 33%. Z 1605 operowanych w powyższych krajach, wyzdrowiało 738, umarło 867, tj. 54%.

Według Mayera zatem procent śmiertelności wynosi 54% w dawniejszéj metodzie. Do podobnego wyniku doszli i inni autorowie i tak: Michaelis znalazł, że z pośród 258 przypadków, wyzdrowiało 118, umarło 140, co wynosi 54% śmiertelności. Kayser znalazł między 338 przypadkami z wyzdrowieniem 128, zmarłych 210, co wynosi 62% śmiertelności. Harris w Ameryce między 100 znalazł wyzdrowienia 44, zejścia śmiertelnego 56, co odpowiada 56% śmiertelności. Zwrócić mi tu należy uwagę na sprzeczność wyników Mayera i Harrisa co do operacyj wykonanych w Ameryce, podczas bowiem gdy pierwszy podaje procent śmiertelności na 33, to drugi na 56. Daléj jeżeli z liczb otrzymanych przez różnych autorów weźmiemy średnią proporcyjonalną, to wypadnie nam procent śmiertelności dawniejszéj metody 56·5%.

Przechodząc do metody Porry biorę statystyczne wyniki z ogłoszonych przez Levyego 51 przypadków, operowanych tą metodą w czasie od maja 1876 r. do maja 1880 r., z tych wyzdrowiało 23, umarło zaś 28 osób, tj. śmiertelność wynosi 54·9%. Jeżeli teraz porównamy wyniki obu metod operacyjnych, to na pozór istnieje tylko nieznaczna różnica, jeżeli się jednak zastanowimy nad zestawieniami, różnica okaże nam się większą i tak: 1) Liczba operacyj wykonanych metodą Porry jest nader małą, aby z niéj można obliczyć dzisiaj istotny procent śmiertelności, przy tak małéj bowiem liczbie przypadków kilka dodanych jeden po drugim z wyzdrowieniem lub przeciwnie zmieniają procent śmiertelności bardzo znacznie, podczas gdy na statystykę liczną pojedyncze przypadki wpływu prawie nie mają. Wymowny przykład tego faktu mamy w statystyce przypadków operowanych metodą Porry a przez Levyego zebranych i tak: po dzień 30 grudnia 1879 r. było znanych wykonanych operacyj 40, w tym dniu bowiem Champion w Paryżu wykonał 40tą operacyję według nowéj metody. Z tych 40 przyp. 19 wyzdrowiało 21 zaś umarło, procent zatem śmiertelności wynosił 52·5. W pół roku późniéj wykonano 11 operacyj a procent śmiertelności podniósł się do 54·9, a zatém o 2·4. Między temi 11ma przypadkami było 4 z wyzdrowieniem, 7 zaś z zejściem śmiertelném. Jak widzimy przeto dodatek 3ch przypadków niekorzystnych do statystyki liczącéj 50 przypadków zmienia procent śmiertelności o 2·4, podczas gdy w statystyce liczniéjszéj różnica jest nieznaczną; gdybyśmy bowiem do zestawienia Mayera dodali 3 przypadki z zejściem śmiertelném, to otrzymamy różnicę 0·18%. Jak zatém w ciągu pół roku mogła statystyka metody Porry wykazać wyższą śmiertelność o 2·4%, tak możemy się z każdém półroczem spodziewać podobnéj zmiany na lepsze. Nie mając pod ręką wszystkich przypadków operowanych metodą Porry w czasie od maja 1880 roku do obecnéj chwili nie mogę o dalszéj ostylacyi odsetka śmiertelności nic stanowczego powiedzieć. Biorąc jednak przypadki operowane w Warszawie, w Wiedniu i inne, w niemieckich gazetach ogłaszane, wypowiedzieć mogę przekonanie, że odsetek śmiertelności jeżeli się zmienił w ostatnim czasie, to tylko na lepsze, większość bowiem tych przypadków poszczycić się może wynikiem pomyślnym.

(Dok. nastąpi).

Mauthner Prof. L. **Gehirn und Auge**. Wiesbaden. 1881, stron 260, streścił Dr. E. Machek.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 21).

3. Inne choroby przyrządu wzrokowego, które napotykamy w chorobach mózgu, nie powstają skutkiem tychże, lecz skutkiem innéj przyczyny, która równie szkodliwie działa tak na mózg jak i na inne części oka. Tu należą: *a*) Postępujące zapalenie nerwu wzrokowego, towarzyszące uwiądowi rdzenia pacierzowego i wysepkowatemu stwardnieniu mózgu (*sclerosis disseminata cerebri*). Ta sama sprawa chorobowa, która dotyka mózgu lub rdzenia, dotyka także nerwu wzrokowego albo siatkówki. *b*) Gruźlica naczyniówki. Gruzełki naczyniówki dopiero wtenczas widzieć można, jeżeli mają półtora milimetra średnicy, a więc rozmiarami dorównywają tarczy. Gdy są mniejsze, to rozpoznać ich nie można, a to z tego powodu, że je przybłonek barwikowy pokrywa. Wykazanie za pomocą wziernika, że wystają po nad dno oka, należy do trudniejszych zadań oftalmoskopii, chociażby dla tego, że badanie w obrazie prostym chorych, prawie konających i nieprzytomnych, jest utrudnionem. Gruzełki naczyniówki widział pierwszy Jaeger a po nim Manz i Busch. Mauthner podaje, że gruzełków wziernikiem dotąd nie widział. Sprawozdawca, który podczas pobytu swego w Wiedniu widział raz gruzełki naczyniówki wziernikiem, badał pewną liczbę chorych cierpiących na *tuberculosis miliaris* i *meningitis tuberculosa* tak w klinice prof. Dra Jakubowskiego jak na oddziałach chorób wewnętrznych w szpitalu św. Łazarza, lecz w żadnym przypadku gruzełków wziernikiem spostrzedz nie mógł. Ponieważ i po śmierci w żadnym z tych przypadków ich nie wykazano, więc ztąd już wynika, że w ogóle nie tak często je napotykamy, jak twierdzą Gałęzowski i Bouchut. Mauthner podaje, że gruzełki naczyniówki dla rzadkości swojéj nie mają tego klinicznego znaczenia, które im przypisywano po odkryciu tychże przez Cohnheima (1867). *c*) *Embolia arteriae basilaris cerebri*. Dotąd tylko jeden taki przypadek spostrzegał Schweigger. *d*) Berlin podaje, że w przypadkach nagminnego zapalenia opon mózgowych i rdzenia istota zakaźna w podobny sposób szkodliwie działa na naczyniówkę, jak na oponę mózgową, że więc i tu zmiany w oku nie powstały skutkiem zapalenia opon mózgowych, lecz skutkiem téj saméj zakaźnéj przyczyny chorobowéj.

4. Nakoniec mogą choroby mózgu sprowadzić zmiany w nerwach, które swój początek w mózgu biorą albo przez czaszkę przebiegają a w jakimkolwiek związku z okiem pozostają. Tu należą nerwy mięśni zewnętrznych i wewnętrznych oka, nerw współczulny i nerw trójdzielny. Częściowe albo zupełne porażenie mięśni gałki ocznéj najczęściéj nie wskazuje, w którém miejscu mózgu nowotwór się znajduje. Graefe twierdzi, że według tego, czy wszystkie gałązki nerwów są porażone, lub tylko niektóre, a w tych przypadkach najczęściéj porażenie jest niezupełne, można rozpoznać, czy siedlisko choroby na dnie mózgu się znajduje lub w samém utkaniu tegoż. Pomimo to jednak, jak Mauthner sądzi, w nadzwyczaj rzadkich tylko przypadkach uda się rozpoznać siedzibę nowotworu a dość często się zdarza, iż sekcyja nie potwierdza rozpoznania, chociaż objawy chorobowe pozornie nawet „bardzo dokładnie" wskazywały, jak nowotwór wzrastał. Najlepiéj jeszcze da się zasada Graefego zastosować do nerwu okoruchowego; pamiętać jednak należy, iż bardzo stosunkowo mała zmiana na dnie *Aquaeductus Sylvii* w miejscu, z którego wszystkie włókna tego nerwu swój początek biorą (Oculomotoriuskern), stać się może przyczyną porażenia wszystkich włókien tak samo jak nowotwór na dnie mózgu się znajdujący, który ogarnął nerw okoruchowy przed wydostaniem się tegoż z czaszki. Chociaż jednak w ogóle porażenia mięśni gałki ocznéj pozostawiają nas w wątpliwości co do siedliska choroby w mózgu, to przecież mają niektóre formy porażenia pewną doniosłość i wartość kliniczną. I tak: *a*) u dzieci, u których reumatyczne porażenie należy do nadzwyczajnych rzadkości, poprzedza czasem, nawet na kilka tygodni, lekkie porażenie mięśni zewnętrznych prostych lub niektórych gałązek nerwu okoruchowego pojawienie się zapalenia gruźliczego błon mózgowych. Porażenia zaś u starszych osób nie mają tego groźnego znaczenia i są albo reumatyczne albo skutkiem zakażenia kiłowego powstałe, które nie koniecznie w ośrodkach lub śródczaszkowych częściach nerwów sprowadza zmiany patologiczne, lecz także i na obwodzie tychże. *b*) Graefe podaje, iż porażenie kilku mięśni zewnętrznych obu gałek ocznych połączone z równoczesną utratą czucia na twarzy dowodzi kiły. *c*) Porażenia, które towarzyszą lub poprzedzają uwiąd rdzenia pacierzowego, rozpoczynają się od porażenia mięśni zewnętrznych prostych. *d*) Wysepkowate stwardnienie mózgu (*sclerosis disseminata cerebri*) rozpoczyna się często od porażenia mięśni (Charcot). *e*) W przypadkach *Paralysis progressiva* objawy oczne według Graefego są następujące: porażenie mięśni jest niezupełne, obustronne, stopień zmienny tak że od czasu do czasu zwrotność oczu staje się znowu prawidłową, podczas kiedy inne dotąd zdrowe mięśnie zostają porażone. Źrenica czasowo rozszerza się, szerokość akomodacyi zmniejsza się. *f*) Wahanie gałek (*nystagmus*) spostrzegano po krwotokach i skaleczeniach mózgu, w przypadkach rozrzuconego stwardnienia tegoż, w chorobach rdzenia pacierzowego (Charcot, Friedreich), po zapaleniu opon mózgowych, a wreszcie u umysłowo chorych. *Nystagmus* może więc powstać skutkiem zmian w mózgu.

Podwyższony ucisk śródczaszkowy może sprowadzić porażenie włókien nerwu współczulnego, które wśród czaszki przebiegają. Porażenie rozwieracza źrenicy sprowadza zwężenie, zadrażnienie zaś rozszerzenie źrenicy. Porażenie zaś ośrodków włókien czuciowych nerwu trójdzielnego, zaopatrujących rogówkę, może sprowadzić neuroparalityczne zapalenie téjże. (Dok. nast.)

Przyczyna łuszczycy i odpowiednie jéj leczenie.

Lang, prof. chorób wener. i skórnych w Uniwersytecie Innsbruckim, badając zmiany łuszczycowe *psoriasis* znajdował w nich pod drobnowidem regularnie grzybki. Wiadomość tymczasową o odkryciu powyższém podał w artykule pod nap.: „*Vorläufige Mittheilung von einem neuen Untersuchungsergebnisse bei Psoriasis*", zamieszczonym w „*Vierteljahr. f. Derm. u. Syph.*" 1879, S. 257. Z rozprawki téj wyjmujemy szczegóły najgłówniejsze, aby się niemi podzielić z czytelnikami „Przeglądu". — Jeśli z wysypki łuszczycowéj zeskrobiemy, ile możności, wszystkie łuski, natedy dostaniemy się do cieńkiéj plewki, przez którą przeświecają różowe brodawki. Plewkę tę można całą zdjąć, przyczém wydobędzie się często kropelka krwi, czego atoli uniknąć można, postępując uważnie. Plewka włożona pod drobnowid, okazuje się, jako złożona z komórek nabłonka, masy rozpadłéj i grzybków, które L. nazwał *epidermophyton* (na wzór *trichophyton* w chorobie *dermatomykosis tonsurans, herpes tonsurans*). Grzybki są rozprószone pojedyńczo lub częściéj skupione w gromadki, i składają się z zarodków i nitek. Zarodki mają kształt okrągły, częściéj jeszcze podługowaty; średnica ich

poprzeczna wynosi 0·006—0·008 mm., podłużna dwa razy tyle. Pierwoszcze (*protoplasma*) w zarodkach jest bardzo blade, jądro widać w niém tylko bardzo rzadko, ziarneczka zaś dają się odróżnić tylko przy bardzo mocném powiększeniu. Błona, otaczająca zarodek, łamie mocno światło, ma lekki odcień barwy żółtawo-zielonawéj, jest rzadko grubą, zwykle cienką; mimo to odróżnić w niéj zawsze można podwójne kontury. Uwarstwienia w niéj nie widać. Tylko raz L. spostrzegł zarodek wielki, otoczony dwiema dosyć grubemi błonami, między któremi był odstęp wolny przy jednym biegunie. Zarodki w okresie kiełkowania widzieć można często. Grubość nitek wynosi 0·002—0·004 mm.; cieńsze spotyka się między komórkami nablonkowemi lub produktami ich rozpadu, grubsze zaś na brzegu preparatu, co może ztąd pochodzi, że nitki stykające się swobodnie z rozczynem ługu łatwiéj pęcznieją. Długość nitek wynosi pospolicie 0·1 milimetra, lecz trafiają się i dziesięciokrotnie dłuższe. Pierwoszcze w nitkach równie jak otaczająca je błona ścian są takie same jak w zarodkach, ostatnia tylko trochę cieńsza. Koniec nitki jest zwykle zaokrąglony lub nawet napęczniały i nie rzadko dochodzi grubości zarodka o kształcie gruszkowatym; cieńszy koniec téj gruszki połączony jest z nitką, a na miejscu połączenia widać nieraz przedziałkę poprzeczną. Przedziałki takie spotkać można czasem i w trzonie nitek. Kiedy niekiedy L. spostrzegał złączone z nitką gałązki poboczne, które czasem miewały na miejscu połączenia przegródki poprzeczne. Rzadko zaś bardzo widział ścianę nitki w kilku miejscach zasznurowaną, atoli w ten sposób tylko, że pierwoszcze zachowało ciągłość.

Przez czas dłuższy L. nie umiał sobie wytłumaczyć obrazów następujących: kupka zarodków okrągłych lub podługowatych połączona bywa cieńszemi końcami ze zwitkiem pasemek niepodatnych, cieniuchnych, połyskujących. Gdy jednak udało mu się wykonać preparaty, na których twory powyższe zdarzały się pojedyńczo, przekonał się, że pasemka owe są niczém inném jeno resztkami nitek grzybkowych, w których po wytworzeniu się zarodków reszta pierwoszcza zanikła, scianki zaś, jako oporniejsze, skurczyły się w owe pasemka. Ztąd związek ich ze zarodkami. Twory powyższe nie są tak małe, aby je z tego powodu przeoczano dotąd. Przyczyna niespostrzegania leży prawdopodobnie w bladości pierwoszcza. Gdyby nie połysk otaczających je ścian, trudnoby było ustroje opisane rozróżnić wśród komórek nabłonka i produktów ich rozpadu. Kto je atoli raz spostrzegł, ten odszuka je w każdym preparacie.

Odkrycie opisane nie jest bez wagi. Z chwilą bowiem, gdy łuszczyca okaże się chorobą grzybkową, przestanie być nieuleczalną. W téj myśli L. zaleca (*Ueber die Behandlung der Psoriasis. Vierteljahr. f. Derm. u. Syph. 1880. S. 473*) w przypadkach wysypki rozległéj po oddaleniu łusek (za pomocą kąpieli i mydła szarego) nacierać chorego kwasem karbolowym w rozczynie olejnym 2% (następnie spoczynek w kocach lub włożenie kaftana i spodni flanelowych). Gdy po kilku dniach łusek już nie ma, korzystném jest zastąpienie leku powyższego maścią z kwasu chryzofanowego (6—10%). Na twarzy, gdzie, jak wiadomo, kwasu chryzofanowego używać nie można dla własności jego drażniącéj spojówki, zastąpić go można z korzyścią kwasem rufigallusowym (C_{14} H_8 O_8) również w maści (10%). Środek ten jest niemniéj skutecznym, może być używanym na głowie i twarzy, i nie ma własności odtleniających, jak kwas pyrogallusowy, ztąd nie jest tak niebezpiecznym. W powyższy sposób należy postępować, aż w ciągu tygodni nie pozostanie nawet śladu nacieków łuszczycowych. Jeśli możebna, należy pacyjenta mieć jeszcze potém na oku, aby każde miejsce podejrzane natychmiast zniszczyć, i nie pozwolić się chorobie rozwinąć na nowo. Rzecz naturalna, że na takiém postępowaniu zejść może kilka miesięcy. Jeśli atoli zważymy z jednéj strony, że przy dawniejszym sposobie leczenia chorzy na łuszczycę i po 6 miesiącach okazywali nieraz jeszcze wyraźną wysypkę, z drugiéj zaś, że strupień woszczynowy (*favus*) potrzebuje do wyleczenia średnio pół roku: to czas, potrzebny do osiągnięcia skutku pożądanego, nie będzie nam się zdawał za nadto długim. Nadto takowy może być krótszym w przypadkach, okazujących nieliczne tylko i ograniczone nacieki. W takich razach skrobaczka Volkmanna może być znaczną pomocą. Wreszcie należy mieć na pamięci, że, tak w téj jak w każdéj innéj chorobie skóry grzybkowéj, nie środek zapewnia skutek pomyślny jeno sposób jego użycia. *Dr. Różański (Lwów).*

E. Woakes: O leczeniu wóla za pomocą kwasu fluorowodowego.

Autor postanowił z razu ze względów czysto teoretycznych doświadczać skuteczności kwasu fluorowodowego w przypadkach różnych form wóla, bądź polegającego na rozszerzeniu naczyń gruczołu tarczykowego (*struma vasculosa*), bądź na rozroście miąższu gruczołowego (*struma hyperplastica*), lub na przeroście łączno-tkankowym (*struma fibrosa*). Na środek ten zwróciła uwagę autora przedewszystkiém ta okoliczność, iż fluor należy do téj saméj grupy chemicznéj co jod. który częstokroć w wólu bywa skutecznym. Doświadczenia te czynił w specyjalnym szpitalu „dla chorób szyi w Londynie". Używał ½% rozczynu kwasu fluorowodowego chemicznie czystego, zawierającego 30% gazu kwasu fluorowodowego i podawał tenże w dawkach od 10 kropli do 6·00—8·00 grm. w kilku łyżkach wody. Wyniki lecznicze podane przez autora są zdumiewające: na 20 przypadków wóla różnych postaci, często dość znacznych rozmiarów, nastąpiło w 17 zupełne wyleczenie, obrzęk gruczołu ustąpił w zupełności. Leczenie trwało od kilku tygodni do kilkunastu miesięcy, u osobników niedokrewnych łączył autor fluor z żelazem. Niekorzystnych przypadów ubocznych nie dostrzegł. (*The Lancet 12, 13, 14, 1881. Dr. Poniklo.*

Wiadomości pomniejsze.

Naftol w chorobach skóry. W leczeniu miejscowém chorób skóry dziegieć wielką odgrywa rolę. Wpływ jego, według zapatrywania prof. Kaposiego, na tém polega, że usuwa stan zapalny warstwy brodawkowéj skóry pobudzając do kurczenia się drobne naczynia, usuwa świąd i zapobiega szybkiemu obumieraniu przyskórka, który najlepszą jest ochroną dla warstwy brodawkowéj skóry. Mimo tych zalet jest to lek wstrętny w skutek nieprzyjemnéj swéj barwy i zapachu nieznośnego, jako téż przez to, że brudzi i niszczy bieliznę, czasem wywołuje silną reakcyję miejscową a nawet przypady ogólne. Kaposi szukał przeto środków innych, korzystając z rady profesora Ludwiga. Doświadczenia czynione benzolami i fenolami nie udały się, w ostatnich zaś miesiącach używany β-naftol C_{10} H_8 O okazał się skutecznym. Przetwór ten rozpuszcza się w równych częściach alkoholu również

w oliwie i tłuszczach stałych. Do rozczynu alkoholowego dodać można wody w téj ilości, co alkoholu. Kaposi najczęściéj używa maści naftolowéj jako *ung. naphtoli simplex* (*naphtoli 15·00, ung. simpl. 100·00*) albo *ung. naphtoli compos.* (*naphtoli 15·00 axung. 100·00, sapon. vir. 50·00 cretae albae pulv. 10·00*).

Dotąd używał naftolu w 77 przypadkach (*scabies 36, eczema 14, psoriasis 13, prurigo 5, ichthyosis 1, seborrhoea capillitii 1, pityriasis versicolor 4, lupus erythemat. 1, lupus vulg. 1, epithelioma 1*). Przeciwko świerzbowi od miesiąca używa wyłącznie tylko złożonéj maści naftolowéj, uważając ją za najlepszy środek. Przy wyprysku używa ½—5 procentowego rozczynu alkoholowego z wodą. Wyniki są dobre ale nadmiar szkodzi, dalsze doświadczenia przeto dopiero okażą sposób używania. W łuszczycy (*psoriasis*) maść działa niezawodnie, lecz nie zapobiega dalszemu szerzeniu się choroby. Bezskutecznym jest naftol w liszaju żrącym i w nowotworze przybłonkowym.

Doświadczenia dotąd poczynione okazały, że naftol posiada wszelkie zalety dziegciu, nie mając jego stron ujemnych. Nie barwi ani skóry ani włosów, zapach ma słaby, słodkawy, nieco przypominający kwas karbolowy, bielizny wcale nie brudzi, czasem tylko zabarwia różowo, lecz plamy te zupełnie wymyć się dają wodą gorącą i mydłem. Skóra go wchłania, bo już w kilka godzin wydziela się moczem mętnym. (*Mittheilungen d. Vereines d. Ärzte in Niederöster.* 1881, Nr. 10). *Dr. Bogdanik.*

(K. B.) **Wodnik chloralu przeciw moczówce cukrowéj.** Doświadczenia z wodnikiem chloralu czynione na zwierzętach przez Meringa i Musculusa, a potwierdzone w zupełności przez Eckharda, wykazały wiele stron dodatnich, za środkiem tym przemawiających. Jeżeli się psu zastrzyknie pod skórę pewną ilość chloralu a następnie nakłuje czwartą komórkę, nie można wykazać ani śladu cukru w moczu; z drugiéj strony jeżeli się najpierw nakłuje czwartą komórkę, ukazuje się cukier, który ginie po zastrzyknięciu chloralu. Przecięcie nerwu błędnego z wycięciem kawałka odśrodkowego w okolicy szyi wywołuje moczówkę cukrową, któréj wszakże pies nie dostaje, jeżeli poprzód zastrzyknięto mu chloral. Wybitne to działanie chloralu u zwierząt w odniesieniu do ludzi dotkniętych cukrzycą okazuje mniéj pomyślne wyniki; użyty w jednym przypadku wodnik chloralu sprowadził znaczne zmniejszenie się ilości moczu i cukru, w drugim zauważono tylko znaczne szybkie zmniejszanie się ilości samego moczu. (*Lyon médical*).

(K. B.) **Przypadek delirium tremens uleczony haszyszem.** Gdy chloral w ilości 5 grm. a następnie wyciąg makowca w ilości 0,20 pozostały bez rezultatu, podawano chloral w pierwszym dniu a makowiec w drugim, przepisał Dr. Villard wyciąg konopi indyjskich 0,50:120,0 co 2 godziny łyżkę. Chory znacznie się uspokoił pod wieczór, spał cokolwiek, a po używaniu téj saméj mieszaniny przez następny dzień co godzina 2 łyżki, przespał całą noc najspokojniéj i objawy *delirium* zupełnie ustąpiły. (*Progrès médical*).

(K. B.) **Wielomoczenie** (*polyuria*) **kiłowe**. Prof. Semmola obserwował trzy przypadki wielomoczenia, w których za przyczynę tego zjawiska uważa zmianę przyrody kiłowéj na dnie czwartéj komórki. Jeden z obserwowanych chorych oddawał na dobę 43 litry moczu o ciężarze gatunkowym 1·001—1·005. Wszystkie środki stósowane były całkiem bezskuteczne, aż nie odkryto śladów kiły; wstrzykiwania podskórne białkanu rtęci i równoczesne podawanie wewnętrzne jodku potasu usunęły sprawę chorobową w 2 miesiącach. (*Courrier méd.*)

(K. B.) **Uklej kosmkowy pęcherza, usunięcie tegoż, wyzdrowienie.** Dr. Davies Colley podaje następującą obserwacyję: W... lat 32, cierpiał od roku i 8 miesięcy na krwawe moczenie. Krew z początku skąpa, późniéj coraz obficiéj zaczęła się ukazywać, już to przy początku już to przy końcu oddawania moczu. Kateteryzowanie nie wykrywa obecności kamienia, badanie *per rectum* nie wykrywa żadnego obrzęku. Dr Colley zrobił cięcie międzykrocza i badając pęcherz znalazł ukléj kosmkowaty, który zaraz odjął. Dwa miesiące po operacyi chory był zdrów zupełnie. Rozpoznanie dokładne w podobnych przypadkach jest bardzo trudne. Jeden objaw pewny, tj. ukazywanie się kosmków w moczu, jest przechodowy, z innych zaś najpewniejszém jest jeszcze dla rozpoznania polipa krwawe moczenie, trwające dłuższy czas bez żadnéj wybadalnéj przyczyny. (*Bulletin de thérapeutique*).

V. Ostatnie dni zakładów kontumacyjnych w Galicyi i Bukowinie.

Skreślił Dr. A. Barański
docent Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Zakłady kontumacyjne czyli kwarantany ustanowione były początkowo w portach morskich i miały na celu niedopuścić wprowadzenia chorób zaraźliwych ludzkich do kraju. Środek ten ochronny zastósowano z czasem i do weterynaryi, a mianowicie przeciw księgosuszowi. W wiekach średnich gdy weterynaryja nie była umiejętnie uprawianą, nie używano żadnych odpowiednich środków przeciw powstrzymaniu szerzących się zaraz; zarazy poczytywano za karę nieba i uciekano się do środków kościelnych lub czarodziejskich. Dopiero na początku wieku 18tego, gdy księgosusz, wprowadzony z krajów wschodnich, nawiedzał często Europę i wyrządzał ogromne straty w bydle rogatém, tak dalece, że uprawa ról stała się niemożebną, zaczęto przemyśliwać nad środkami zaradczemi. Dość wspomnieć, iż np. podczas wojny siedmioletniéj księgosusz w ciągu trzech pierwszych lat panowania swego zniszczył przeszło 1½ milijona sztuk bydła rogatego. Straty poniesione w całéj Europie od roku 1700 do 1800 obliczają na 200,000,000, od roku zaś 1800 aż do dnia dzisiejszego na 100,000,000 sztuk. Ostatnia zaraza bydła rogatego w Bośnii i Hercegowinie, która dopiero przed kilku tygodniami stłumioną została, zniszczyła przeszło 50,000 sztuk. — Ażeby więc klęskom tego rodzaju stale zapobiedz i nie dopuścić przewleczenia zarazy, zmuszone były rządy krajów cywilizowanych zbadać naturę choroby i zastanowić się nad środkami zaradczemi. Lekarze włoscy Lancisi i Ramazzini byli pierwszymi, którzy zajęli się gorliwie tą sprawą i na wielkie zasługują uznanie, gdyż zbadawszy z niejaką dokładnością naturę księgosuszu, podali odpowiednie środki policyjno-weterynaryjne przeciw szerzeniu się zarazy. — Z postępem umiejętności przekonano się wkrótce, że wszelkie choroby zaraźliwe zwierząt domowych, z wyjątkiem jednego księgosuszu, mniéj więcéj po całéj Europie są rozpowszechnione, księgosusz zaś powstaje tylko w krajach wschodnich, a mianowicie w Rosyi. Ponieważ więc księgosusz, ta najstraszniejsza zaraza dla bydła rogatego, u nas samoistnie nigdy się nie pojawia, tylko zawsze zawleczony bywa z Rosyi, nasunęła się myśl sama przez się, że aby uniknąć całkiem niebezpieczeństwa wprowadzenia zarazy, należy zamknąć granicę rosyjską dla wywozu bydła rogatego. Z tych to powodów Prusy i Austryja zamknęły już od dawnych czasów swe granice. Poniewaz atoli nie zawsze panowała zaraza w prowincyjach rosyjskich, a handel bydłem stepowém przynosił znaczne korzyści (pędzono je bo-

wiem nie tylko do Austryi i Niemiec, lecz nawet do Francyi i Anglii) przeto dozwolono pod pewnemi warunkami na przeprowadzanie bydła rogatego przez granicę. Środki ostrożności, które zaprowadzono, zmierzały do tego, aby uniemożebnić wprowadzenie nie tylko bydła już chorego, lecz także pozostającego w okresie wylęgania księgosuszu, ktory, jak wiadomo, trwa 5 do 7 dni, a u stepowego bydła może się nawet przeciągnąć do 10 i 14 dni. Urządzono więc w Prusiech na granicy Litwy i Królestwa Polskiego, a w Austryi na granicach Podola, Wołynia, Besarabii i Rumunii w pewnych korzystnych miejscowościach zakłady kontumacyjne, które to zakłady miały na celu bydło z Rosyi pochodzące na granicy przez przeciąg dni 14 lub 21 co do stanu zdrowia obserwować, aby li tylko bydło zdrowe dostać się mogło do kraju. Jeżeli się przekonano, że bydło obserwowane przez dni kilkanaście w takich zakładach kontumacyjnych żadnych nie okazywało objawów księgosuszu, czyli że bydło zupełnie zdrowe, natenczas wystawiano paszporta bydlęce, cechowano każdą sztukę i pędzono je pewnemi li tylko dla bydła kontumacyjnego przeznaczonemi drogami. W pewnych stacyjach odpoczynku odbywały się rewizyje bydła pędzonego i paszportów. Bydła podejrzanego lub księgosuszem dotkniętego nie wpuszczano wcale do kraju.

Zdawałoby się na pozór, że aparat kontumacyi dobrze urządzony powinienby był dostatecznie ochronić kraj od zarazy, doświadczenie atoli pokazało, że rzecz ma się zupełnie przeciwnie. Nie tylko że zakłady kontumacyjne nigdy pewnéj rękojmi ochrony dać nie mogły, nadto stawały się właśnie owe zakłady ogniskami zarazy. Pominąwszy jednakowoż te wady, które nie dadzą się w żaden sposób usunąć, przekonano się zarazem, że zakłady kontumacyjne, od których spodziewano się pierwotnie, że zapobiegną stanowczo przemytnicwu bydła rogatego przez granicę, nie zdołały nigdy powstrzymać handlu potajemnego. Azeby uniemożebnić przejście granicy między zakładami kontumacyjnemi, ustawiono wzdłuż granicy straż pograniczną, która wzbraniała przystępu bydłu. Lecz nawet i ten środek nie mógł powstrzymać wdarcia się zarazy przez granicę, środek nadzwyczaj kosztowny, a który dotychczas za najlepszy uważano. Podczas wojny roku 1831 zamknęły Prusy swe granice tak szczelnie żołnierzami, iż wzdłuż granicy stał żołnierz od żołnierza zaledwie o 200 do 400 kroków oddalony, aby uchronić kraj od wprowadzenia naówczas w Królestwie Polskiém grasującego księgosuszu. Mimo tak ogromnéj czujności dostał się księgosusz do Księstwa poznańskiego, że tak powiem po nad głowami kordonu.

Zważywszy nadto, że zakłady kontumacyjne, jeżeli jako tako swemu zadaniu odpowiedzieć mają, wymagają ogromnych kosztów, następnie że mogą być urządzone tylko w pewnych korzystnych miejscowościach, musimy przyznać, że nadzieje, które pierwotnie przy ich zaprowadzeniu miano, były złudnemi. Mają one racyję bytu tylko na wyspach lub w ogóle na wybrzeżach morskich, nigdy atoli na granicach suchych. Wprawdzie dałoby się stanowczo zapobiedz niebezpieczeństwu wprowadzenia zarazy przez zakłady kontumacyjne, gdyby przedłużono czas obserwacyi bydła do 4 tygodni, środek podobny atoli równałby się w rzeczywistości prawie zupełnemu zakazowi wywozu, gdyż koszta utrzymania w zakładach kontumacyjnych byłyby tak znaczne, że wywóz zamiast zysków przynosiłby straty. To co przed 40 laty potrzebom ówczesnym odpowiadało, dzisiaj, w obec zmienionych środków komunikacyjnych, nie ma żadnéj wartości. Przed 40 laty, gdy koleje żelazne nie były znane, zakłady kontumacyjne miały nierównie większą racyję bytu aniżeli dzisiaj, a to z przyczyny następującéj: dopóki do transportu bydła nie używano kolei żelaznych, dopóty istniała obawa wprowadzenia księgosuszu tylko dla okolic w pobliżu granicy rosyjskiéj położonych, gdyż bydło pędzone drogami poruszało się nadzwyczaj powoli i nie mogło oddalić się w kilku dniach daleko od granicy, a têm samêm zawlec zarazę w dalsze okolice. Dziś zaś bydło rogate, władowane do wagonów w okresie wylęgania się choroby, za dni kilka wprowadzone być może w głąb kraju, zanim wystąpią wybitne objawy choroby, a więc zaraza przeniesioną być może od razu na miejsca bardzo odległe. Z powodu téj ostatniéj przyczyny zniosły Prusy już od dawna zakłady kontumacyjne znajdujące się na granicy rosyjskiéj i zaprowadziły natomiast zupełne zamknięcie téjże z najlepszym skutkiem.

(Dokończenie nastąpi).

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Rozporządzenie c. k. Ministerstwa spraw wewn. z d. 26 stycznia 1881 l. 351 do c. k. Namiestnictwa we Lwowie.

Namiestnictwo w Bernie doniosło, że w jego okręgu znajdują się w aptekach kapelusiki białe, kauczukowe, do ssania dla niemowląt służące, które według wyniku badania chemicznego zawierają około 60% zynku. Kapelusiki te mają pochodzić z firmy Froreich i sp. w Pradze i od bandażysty Odelgi w Wiedniu. Zawiadamiając o têm c. k. Namiestnictwo zwraca się uwagę na rozporządzenie z d. 1 maja 1880 r. Dz. u. p. l. 54 ustęp 6 i 7) i poleca dalsze urzędowe zarządzenie a mianowicie zwrócenie uwagi przemysłowców właściwych jakotéż aptekarzów tamtejszych na zakaz podobnych przedmiotów.

Statystyka epidemij. W tygodniu 18 (do 30 kwietnia) ospa w Londynie dosięgła szczytu. Świeżo zapadło 20, umarło 70, leczyło się w szpitalach 1036. W Wiedniu umarło 22, w Paryżu 21, w Budapeszcie 9: W Filadelfii umarło od 26 marca do 2 kwietnia 41. Odra rozszerzyła się bardziéj w Londynie, podobnież i w Walencyi. Dur osutkowy zaczyna się szerzyć w Londynie, w Wiedniu, Budapeszcie, Murcyi, Odesie i Walencyi. Z febry żółtéj umarło w Rio de Janeiro od 1—15 marca 25 osób. W Krakowie umarło w 19 tygodniu (do 7 maja): 1 z ospy, 5 z odry, 1 z błonicy, 3 z duru brzusznego, 4 z duru osutkowego, 1 z gorączki połogowéj, 1 z czerwonki, 1 z róży, a doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku ospy, 8 odry, 25 duru osutkowego, 3 duru brzusznego.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 18 (do 30 kwietnia) umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 55,7; w Poznaniu 26,0; w Wiedniu 35,9; w Budapeszcie 40,0; w Berlinie 27,4; w Wrocławiu 29,4; w Gdańsku 25,2; w Mnichowie 44,1; w Dreźnie 22,9; w Lipsku 23,3; w Bazylei 30,1; w Brukseli 26,1; w Amsterdamie 22,5; w Hadze 20,3; w Paryżu 28,2; Londynie 21,8; w Kopenhadze 24,8; w Stokholmie 25,5; w Odesie 30,4; w Rzymie 27,3; w Wenecyi 22,6; w Bukareszcie 22,4; w Madrycie 34,0; w Lizbonie 22,7; w Aleksandryi 36,5; w Nowym Yorku 30,1; w Filadelfii 22,6; w Bombaju 34,8. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

Dr. Adam Ferdynand Adamowicz

b. profesor w b. Akademii lekarskiéj wileńskiéj, członek honorowy Tow. lek. krakowskiego, zaszczycony dyplomem honorowym Uniw. Jagiell.

umarł w Wilnie d. 12 bm. w 79 roku życia.

Podając na teraz tylko wiadomość o śmierci wielce zasłużonego Męża postaramy się o dokładny opis jego życia i zestawienia prac naukowych.

* **Kraków** d. 25 maja. Dnia 27 bm. rozpoczynają się egzaminy fizykackie, dla których zjedzie na dni kilka protomedyk Biesiadecki. Tym razem zgłosiło się do egzaminu kandydatów 7.

* Wydział lekarski Uniwersytetu krakowskiego mianował Dra Leona Kopffa asystentem przy katedrze chemii lekarskiéj a p. Szymkiewicza demonstratorem przy katedrze patologii ogólnéj.

* W Cieplicach czeskich według nadesłanego nam wykazu do d. 18 b. m. bawiło gości 636.

* **Wiedeń**. Na posiedzeniu z d. 14 bm. Wydział lekarski na wniosek sprawozdawcy komitetu prof. Bambergera uchwalił przedstawić Ministerstwu Oświecenia następujących kandydatów na katedrę syfilidologii, opróżnioną skutkiem ustąpienia Sigmunda: na 1ém miejscu: prof. Neumanna, na 2ém prof. Auspitza, a na 3ém proff. Picka w Pradze i Langa w Insbruku.

* Rząd przedłożył Radzie państwa projekty ustaw tyczące się urządzenia uniwersytetu czeskiego w Pradze. Według tych projektów istnieć będą dwa uniwersytety, jeden niemiecki a jeden czeski, pod wspólną nazwą Karola Ferdynanda a majątek dotychczasowy uniwersytetu lub wydziałów stanie się majątkiem wspólnym obydwóch uniwersytetów, a względnie wydziałów. Uczniom wolno będzie imatrykulować się na jednym tylko uniwersytecie, ale dozwoloném uczęszczać i na wykłady drugiego, które im się policzą tak, jakby uczęszczali na wykłady w uniwersytecie swoim. Na teraz urządzone zostaną tylko wydziały prawniczy i filozoficzny w uniwersytecie czeskim, ale spodziewać się należy, że niezadługo stanie i wydział lekarski z wykładem czeskim, czego pobratymcom naszym serdecznie życzyć wypada.

* **Wiadomości osobowe**. Dr. Zauderer, fizyk egzaminowany, dotychczas lekarz praktykujący w Wieliczce, mianowany został przez wspólne Ministerstwo austro-węgierskie lekarzem powiatowym w mieście Foča w Hercogowinie.

* **Nekrologija**. D. 15 bm. umarł z duru osutkowego w sile wieku profesor anatomii patolog. w Giessen, Dr. Maks. Perls, zasłużony wielce w piśmiennictwie. W Lyonie umarł chirurg Philippeaux w 59 roku życia.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Kronice Lekarskiej* Nr. 10: Kandarackiego (z pracowni prof. Dogiela w Kazaniu): O innerwacyi dróg oddechowych, o kaszlu i kilka słów o wpływie chloroformu na oddychanie; W *Medycynie* Nr. 21: Sokołowskiego: Przypadek zwężenia krtani, leczenie metodyczne za pomocą rozszerzadeł Schröttera, poprawa; Dobrzyckiego: Sprawozdanie z działalności lecznicy w Mieni w r. 1880 (c. d.) — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 21: Dunina: Nagła śmierć w suchotach płucnych w skutek wstąpienia powietrza do naczyń; Przewóskiego: O wstrząnieśniach różnych części układu nerwowego i innych organów (c. d.)

Redakcyja otrzymała:

Dr. Julijan OLPIŃSKI: Zbiór ustaw i rozporządzeń zdrowotnych obowiązujących w Król. Galicyi i Lodomeryi z W. Ks. Krakowskiém. Tom IV, Kraków, 1881, w 8ce, str. 268. (O tym zbiorze zdamy sprawę niebawem).

Sprawozdanie roczne szpitala dziecięcego Sgo Józefa w Poznaniu. za czas od 1 kwietnia 1880 do 31 marca 1881 r. Poznań, 1881, w 8ce, m. str. 16.

Piśmiennictwo lekarskie. LAURENT. Modifications des bruits du coeur dans la cirrhose du foie. 8 Paris, Delahaye et Lecrosnier. Fr. 2½.

WEISS J. Compendium der Psychiatrie f. practische Aerzte u. Studirende. gr. 8. Wien, Bermann et Altmann. M. 6.

WERNICKE C. Ueber den wissenschaftlichen Standpunkt in der Psychiatrie. Ein Vortrag. M. 1 Taf. gr. 8. Kassel, Fischer. M. 2.

WÖLFLER A. Ueber die Entwickelung u. den Bau der Schilddrüse mit Rücksicht auf die Entwickelung der Kröpfe. Mit 7 Tfln. u. 4 Holzschn. Imp.-4. Berlin, G. Reimer. cart. M. 15.

CORNIL u. RANVIER. Manuel d'histologie pathologique. 2 éd. T, 1 av. fig. 8 Paris, Germer-Baillière et Co. Fr. 14.

DUJARDIN-BEAUMETZ. Leçons de clinique thérapeutique. 4 fasc. gr. 8. Paris, Doin. Fr. 5.

— Sur le traitement des anévrysmes de l'aorte par l'électropuncture. 8. Paris, Doin. Fr. 1.

Towarzystwo lek. krak. odbędzie we Środę dnia 1go czerwca o godzinie 5téj po południu w sali wykładowéj kliniki okulistycznéj posiedzenie zwyczajne, na którém 1) kol. Pieniążek okaże przyrząd służący do oświetlenia jam ciała podług Nitzego i Leitera a 2) kol. Pisek mówić będzie „o torbielach jamy brzusznéj z wyłączeniem torbieli części płciowych.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Ulica Podwale Nr. 84.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Boulv. Voltaire 180, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 4 czerwca 1881. №. 23. Rok XX.

I. Sprawozdanie z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego z lat czterech (tj. od roku szkolnego 1874/5 do roku szkolnego 1878/9).

VII.

Choroby narządu moczowego.

Opracował Dr. St. Ponikło.

Z pośród chorób narządu moczowego zdamy sprawę jedynie tylko z zapaleń i zwyrodnień nerek, czyli z tak zwanéj choroby Brighta w najogólniejszém tego słowa znaczeniu, gdyż liczba przypadków innych chorób była zanadto małą, a choroby te zresztą daleko mniéj są ważne tak pod względem naukowym jakoteż praktycznym [1]). Ponieważ opierać się możemy prawie wyłącznie tylko na spostrzeżeniach z kliniki stałéj, przeto dla powiększenia materyjału sprawozdawczego dodano jeszcze 18 przyp. zapaleń i zwyrodnień nerek leczonych w roku szkolnym 1878/9, tak że ogólna liczba przypadków wynosi 46.

Nie miniemy się z prawdą, jeżeli otwarcie wyznamy, iż zebranie przypadków choroby w mowie będącéj dotąd mimo obfitéj a ciemnéj literatury i zestawienie takowych umiejętne wedle pojedyńczych form, ze stanowiska czy to klinicznego czy anatomicznego, przedstawia trudności prawie nie do przezwyciężenia. Zapatrywania na istotę choroby zmieniały się wielokrotnie w ciągu ostatnich dziesiątków lat, a w rezultacie oprócz rozwinięcia tylko bliższego i dokładniejszego pojedyńczych przypadków chorobowych i ich patogenezy nie wieleśmy się posunęli nad pierwotną tylekrotnie obalaną i zmienianą teoryję pierwszych pracowników angielskich na tém polu (Brighta, Johnsona, Wilksa). Obecnie jeszcze kliniczne rozgatunkowanie przypadków choroby Brighta ogranicza się do uwydatnienia form odpowiadających „wielkiéj białéj nerce“ i „małéj czerwonéj nerce“ Brighta, mimo że zaniechaliśmy téj terminologii dawnych autorów i omawiamy ją niejako umiejętnemi nazwami odnośnie do dokładniejszego poznania szczegółów histologicznych. Gdy do tego dodamy podział przypadków chorobowych na ostre i przewlekłe i zwrócimy uwagę na związek niektórych form ze zmianami w sercu i układzie naczyniowym (przedmiot wielce upodobany przez autorów o chorobach nerkowych lecz mimo wielostronnego opracowywania dotąd ściśle nierozstrzygnięty), mamy przed sobą w grubych zarysach główne punkta, na których obecnie klasyfikacyja kliniczna przypadków tego cierpienia oprzeć się może. Ścisła klasyfikacyja anatomiczna pozostaje dotąd *pium desiderium*.

Niemieccy autorowie (Frerichs) uważali pojedyńcze formy choroby Brighta za okresy jednéj i téj saméj choroby: forma ostra (*nephritis parenchymatosa acuta*) odpowiadała pierwszemu, najwcześniejszemu okresowi; formy przebiegające przyostro lub więcéj przewlekłe, z ogólną puchliną, zmniejszoną ilością moczu, częstemi napadami uremicznemi, w których sekcyja wykazywała narząd powiększony, niedokrewny, stanowiły okres drugi (*nephritis parenchymatosa chronica*), gdy formy przebiegające bardzo przewlekłe, gnuśnie z małą puchliną lub bez takowéj, z ilością moczu prawidłową lub nawet nieco zwiększoną, z częstemi zmianami oftalmoskopowemi na dnie oka, przedstawiały trzeci okres anatomiczny zaniku łączno-tkankowego nerek. Podział ten, wygodny ze stanowiska ogólno-patologicznego, dający się szablonowo odnieść do 3ch okresów zapalenia, t. j. przekrwienia, nacieku zapalnego i zaniku łączno-tkankowego, przez długi czas się utrzymywał. Nawet ze stanowiska anatomo-patologicznego, bez uwzględnienia bliższego szczegółów histologicznych, po-

[1] W tym okresie czasu leczono 178 przyp. chorób narządu moczowego, z któréj to liczby przypada 44 na klinikę stałą, a 134 na ruchomą. Ilość przypadków poszczególnych chorób była następująca:

	klinika ruchoma.	klinika stała	Razem.
Zapalenie nerek	83	28	111
Zapalenie miedniczek nerkowych	7	7	14
Kamyki nerkowe	3	—	3
Rak nerki	—	3	3
Nerka ruchoma	—	1	1
Zapalenie pęcherza	20	4	24
Porażenie pęcherza	1	—	1
Moczościek nocny	6	—	6
Przerost gr. krokowego	6	—	6
Sluzoropotok cewki	8	1	9
Razem	134	44	178

dział taki zdawał się odpowiadać dobrze istocie rzeczy. Okazało się jednak, że w wielu przypadkach nie można było odróżnić w przebiegu klinicznym pojedynczych okresów odpowiadających trzem wspomnianym okresom anatomicznym, że częstokroć ściślejsze badanie anatomiczne wykazywało obecność form mięszanych, że przebieg kliniczny często, chyba tylko, że tak powiem, przemocą i sofistycznie mógł być wsunięty w pojedyńcze działy tych 3ch okresów zapalenia miąższu nerkowego. Bartels pierwszy z niemieckich autorów zreformował naukę o chorobie Brighta i ustanowił obok zapalenia ostrego dwie formy przewlekłe jako 2 odrębne choroby zapalne nerek, zaraz z początku jako takie przebiegające i nakreślił obraz kliniczny dwu tych form: 1) zapalenia przewlekłego miąższowego (*nephritis parenchymatosa chronica)* i 2) zapalenia śródmiąższowego (*nephritis interstitialis, genuine Nierenschrumpfung, Granular-atrophie d Nieren, Nierencirrhose, Nierensclerose)*. W dalszym ciągu niniejszego artykułu będziemy mieli sposobność uwydatnić przypadki odpowiadające obu tym formom, które jako takie z wszelką dokładnością były za życia rozpoznane a nawet udawało się w niektórych przypadkach rozpoznanie kombinacyi obu tych form z bliższém oznaczeniem sprawy predominującéj.

Po ustanowieniu dwu odrębnych postaci choroby Brighta przez Bartelsa upodobanym punktem autorów zajmujących się chorobami nerkowemi była rzecz o związku tychże, a zwłaszcza zapalenia przewlekłego śródmiąższowego, z przerostem serca lewego i w ogóle zmianami układu naczyniowego. Tu należą prace Gull-Suttona (*Arterio-capillary sclerosis. Med. chirurg. Transactions. London, vol. 55*, tudzież *British med. Journal. June 8, 1872*) Traubego, (*Gesammelte Abhandlungen Bd. II*), Senatora, *(Virchow's Archiv 73)*, Thomy, *(Virchow's Archiv, 71)*, Lewińskiego, *(Zeitschr. f. klin. Med. 1880, str. 561)* i wielu innych. Wyniki niektórych, jak Gulla i Suttona i Thomy zdają się zmierzać do tego, że cierpienie nerek i zmiany w sercu nie stoją do siebie w związku przyczynowym, lecz są równorzędnemi wynikami ogólnego zajęcia układu naczyniowego oddziaływającego na miąższ nerkowy a występującego w formie przewlekłéj *arteriitis* (*sclerosis arteriarum, arterio capillary fibrosis)*.

Podział Bartelsa polega więcéj na uwzględnieniu przebiegu klinicznego, na rozgatunkowaniu obrazów chorobowych, jakie przedstawia ta lub owa forma przy łóżku chorego, niż na różnicy kardynalnéj, zasadniczéj zmian anatomicznych. Gdybyśmy bowiem chcieli sprawę tę pojmować ze stanowiska ściśle histologiczno anatomicznego, to nie uprzedzone badanie pouczy nas, iż głębszéj tkaninowéj różnicy nie ma między formą miąższową Bartelsa a formą śródmiąższową. Badania histologiczne ostatnich czasów (Klebs, Weigert) zdają się przemawiać za tém, że wszystkie sprawy zapalne rozlane nerek, czy przewlekłe, lub nawet ostre, poczynają się od zajęcia przestworów śródmiąższowych, że we wczesnych okresach tam zostaje przedewszystkiém złożona wypocina komórkowa, dalsze zaś losy narządu, bądź jego zanik łączno-tkankowy, bądź też rozpad tłuszczowy i nekrobioza powolna przybłonka cewek nerkowych zawisły od warunków krążenia krwi w nerkach, od przystąpienia zwyrodnienia skrobiowatego lub braku takowego, od możności wystąpienia niejako kompenzacyjnego przerostu serca lewego itp. Weigert (*Volkmanns klin. Vorträge* 162—163, 1879), który w ogóle nie jest skłonny do dualizmu choroby Brighta, sądzi, że i przerost serca lewego nie stoi w żadnym stosunku przyczynowym z zapaleniem śródmiąższowém, lecz zarówno powstać może i powstaje nie rzadko w formach miąższowych. Sprawozdawca miał również kilkakrotnie sposobność widzieć przy oględzinach pośmiertnych przerost serca wyraźny przy nerkach z „czystemi“ zmianami miąższowemi.

Bamberger (*Uiber Morbus Brighti und seine Beziehungen zu anderen Krankheiten. Volkmann's klin. Vorträge.* 173, 1879) w swojém sprawozdaniu z przypadków choroby Brighta, obserwowanych w szpitalu powszechnym wiedeńskim, również przypuszcza tylko jednę chorobę Brighta prawie zgodnie z zapatrywaniami Frerichsa. Przebieg cierpienia dalszy i inne warunki ustroju wpływają na to, czy sprawa chorobowa przybierze więcéj cechy „zapalenia miąższowego“ lub „nerki zanikowéj“. W wykładach swych nawet trzyma się bardzo prymitywnie brzmiącego podziału na chorobę Brighta przewlekłą z puchliną i bez puchliny.

W naszém sprawozdaniu bynajmniéj nie będzie nam chodziło, częścią ze względu na bezowocność usiłowań umiejętnéj klasyfikacyi, częścią ze względu na szczupłą względnie liczbę przypadków, o wysnuwanie jakichś wniosków ogólno patologicznych, lecz jedynie o nieuprzedzone przedstawienie i nacechowanie pojedyńczych form i ich przypadów ze stanowiska klinicznego i dyjagnostycznego.

Pomiędzy 46 naszemi przypadkami choroby Brighta wraz z przypadkami zwyrodnienia skrobiowatego nerek, było

mężczyzn	20,	wyszło 11,	umarło 9
kobiet	26,	„ 20,	„ 6
Razem	46,	„ 31,	„ 15

podczas gdy przeciwnie w klinice ruchoméj liczba mężczyzn wynosiła 47, a kobiet 36.

Wiek	mężczyźni	kobiety	Razem
od 10—20	1	2	3
od 20—30	6	6	12
od 30—40	5	7	12
od 40—50	6	3	9
od 50—60	1	2	3
od 60—70	1	6	7
Razem	20	26	46

Wprawdzie zestawienie poszczególnych zawodów i zatrudnień tych chorych nie może w obec względnie szczupłéj liczby przypadków mieć wartości etyjologiczno-statystycznéj, przytaczamy je tu wszelakoż z tego powodu, że w łączności ze zebraną większą liczbą chorych w ciągu lat późniejszych zestawienie to może zyskać na wartości. I tak z pomiędzy mężczyzn było 2 stróżów, 2 wieśniaków, 2 murarzy, 2 rzeźników, 2 handlarzy, 2 urzędników, 2 wyrobników, 2 studentów, 1 ekonom, 1 drukarz. Z pomiędzy kobiet prawie wszystkie wyrobnice, służące lub bez zatrudnienia.

Co do poszczególnych form choroby Brighta, to podzielimy takowe:

1) na formy ostre lub przyostre odpowiadające anatomicznym formom: *nephritis parenchymatosa acuta et subacuta.*

2) formy więcéj przewlekle przebiegające. Dział ten obejmie przypadki przebiegające z puchliną większego lub mniejszego stopnia, ze znaczną ilością białka i zmniejszoną ilością moczu, tylko wyjątkowo połączone z przerostem serca lewego, mniej więcéj odpowiadające zapaleniu miąższowemu przewlekłemu Bartelsa.

3) formy długotrwałe, bardzo przewlekle przebiegające z obfitą ilością moczu, małą ilością białka, bez puchliny znaczniejszéj z przerostem serca lewego. Formy te obejmują: *a*) przypadki zapalenia miąższowego Bartelsa *(genuine Nierenschrumpfung)*, *b*) przypadki kombinacyi zapalenia śródmiąższowego przewlekłego z zapaleniem miąższowém, tudzież *c*) przypadki zaniku nerek po zmianie przeważnie miąższowéj.

Podział ten będzie najwięcéj odpowiadać podziałowi podanemu przez Weigerta.

Wedle tych 3ch form rozdzielają się nasze przypadki z kliniki stałéj jak następuje: 1) formy ostréj lub przyostréj przypadków 8, 2) formy przewlekłéj przypadków 20, 3) formy długotrwałéj, z przerostem serca i bez puchliny przebiegającéj 14 przypadków, 4) nareszcie 4 przypadki zwyrodnienia skrobiowatego.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Z kliniki chirurgicznéj Prof. Bryka.

Przyczynek do kazuistyki chorób chirurgicznych przewodu pokarmowego.

Opracował Dr. Schramm.

(Dokończenie. Patrz Nr. 22)

Nie ulega wątpliwości, że u chorego naszego istniał worek przepuklinowy już przed wstąpieniem do niego kiszki. Świadczy zatém silne zrośnięcie się sieci z ścianą worka, które nie mogło się wytworzyć w przeciągu kilkunastu godzin, jakie upłynęły od wystąpienia przepukliny aż do chwili operacyi. A zatém do istniejącéj już przepukliny sieciowéj przyłączyło się, przez nagłe zadziałanie tłoczni brzusznéj przy silnym napadzie kaszlu, wypadnięcie kiszki, która téż przez ciasną bramę przepuklinową została natychmiast zacisniętą. Ucisk ten musiał być bardzo silny, jeżeli w ciągu 13 godzin mógł wywołać zupełną zgorzel ścian kiszki na dość znacznéj rozciągłości. Przypadek ten zatém stwierdza, znane już doświadczenie, że przepukliny nagle powstające są o wiele niebezpieczniejsze, niż rozwijające się powoli. Na uwagę zasługuje także ta okoliczność, że mimo tak znacznego ubytku w ścianie jelita przecie nie było żadnych objawów, któreby pozwalały stan ten rozpoznać przed operacyją. Możemy to sobie wytłumaczyć w sposób następujący. Albo pętla jelita była zupełnie próżna w chwili wystąpienia do worka przepuklinowego, albo téż przy przeciskaniu się jéj przez wązką bramę przepuklinową treść jéj została z niéj wyparta, tak że po przejściu ścian kiszki w zgorzel przecie żadna ciecz drażniąca nie wylała się do otaczających tkanin, nie przyszło téż do gnilnego ich zapalenia, jakie w przeciwnym przypadku koniecznie musiałoby wystąpić. Gdyby u naszego chorego używano nieco większéj siły przy odprowadzaniu przepukliny, natenczas zostałaby zgorzelinowa kiszka z pewnością przerwana, a nawet gdyby odprowadzenie udało się i bez tego niemiłego powikłania, to przecie kał nie byłby się dostał do jamy brzusznéj. Przypadek ten więc poucza, jak ostrożnym należy być przy odprowadzaniu przepukliny uwięzgniętéj, zwlaszcza nagle powstałéj. A teraz kilka uwag co do saméj operacyi. Do trzymania końców przeciętéj kiszki używano kleszczy o ramionach powleczonych rowkami gumowemi. Sposób ten jest o tyle wygodny, że łatwo można utrzymać równoległość obu końców kiszki i krezki i zakładanie szwów jest wygodniejsze, niż przy trzymaniu kiszki palcami, z drugiéj jednak strony narzędzie to wymaga wielkiéj ostrożności, albowiem ucisk przez nie wywarty może szkodliwie działać na i tak już upośledzoną żywotność kiszki. Znaczne korzyści przedstawia także zupełne oddzielenie zgorzelinowéj pętli jelita wraz z odpowiednią częścią krezki dopiero po założeniu szwów na przedniéj blaszce krezki i całym obwodzie jelita. W ten sposób bowiem większe naczynie, które znajdowało się właśnie w samym szczycie wyciętego trójkąta, zostało przecięte dopiero na samym końcu i można je było zabezpieczyć tak, że nie było obawy wystąpienia krwotoku do jamy brzusznéj. W razie zaś gdyby trójkąt ten został od razu w całości oddalony, to przecięte naczynie byłoby się cofnęło tak głęboko, że ujęcie go w razie krwotoku byłoby bardzo trudne i mniéj lub więcéj krwi dostałoby się do jamy brzusznéj, co zawsze stanowi powikłanie nieprzyjemne. Wreszcie przypadek ten poucza, że używanie dymu karbolowego przy operacyjach na kiszkach może być niebezpieczne, albowiem u naszego chorego znaczna część pętli jelita została przy samym końcu operacyi przez kwas ten tak zmieniona, że należało się obawiać przejścia jéj w zgorzel.

Obecnie przechodzę do dalszego przebiegu choroby. — W ciągu pierwszego dnia po operacyi pojawiły się kilkakrotne wymioty, występujące po wypiciu jakiegokolwiek napoju. Stolca ani wiatrów nie było. Chory dostaje co trzy godziny po 0·02 opium i wodę sodową do picia. Wieczorem ciepłota 28° C.; około 12 w nocy wystąpiły boleści w okolicy pępka.

12/11. Wymioty utrzymują się ciągle, składają się z płynów połkniętych pomięszanych z żółcią. Brzuch miernie wzdęty, przy ucisku miernie bolesny. Chory skarży się na dokuczliwe ciśnienie w dołku podsercowym. Wieczorem tętno 112, ciepłota 38·6° C. Mimo wstrzyknięcia 0·04 morfinu podskórnie powtórzyły się wymioty kilkanaście razy przez noc.

13/11. Po połknięciu nawet najmniejszéj ilości płynu występują natychmiast wymioty. Koło południa chory nagle stracił przytomność, wystąpiła sinica, oddech stał się chrapliwy, wolny, nieregularny, tętno nikłe koło 170 na minutę, ledwie policzyć się dające, skóra zimnym potem pokryta. Wstrzyknięto 3 gramy eteru podskórnie, poczém tętno nieco się poprawiło. Przez dwie godziny stósowano bez przerwy sztuczne oddychanie sposobem Silvestra i dopiero wtedy odzyskał chory przytomność, pozostał jednak cały dzień na pół śpiący mimo ciągłego budzenia go i podawania ciepłéj kawy czarnéj.

14/11. Wymioty pojawiły się na nowo, nadto przyłączyła się do nich czkawka. Wymioty te występują prawie bezpośrednio po wypiciu jakiegokolwiek płynu, nawet proszki opiowe, podawane co 2 godziny, bywają natychmiast zrzucane. Badanie moczu, wykonane przez Wnego prof. Stopczańskiego, wykazało barwiki moczu, mocznik i kwas moczowy w ilości prawidłowéj, chlorki znacznie zmniejszone, podobnie fosforany, białka dość znaczna ilość, kwas karbolowy wykryć się daje w dość małéj ilości. W osadzie ciałka krwi i wałeczki Belliniego dość liczne obok zwiększonéj ilości śluzu. Ponieważ odżywianie chorego drogą naturalną z powodu ciągłych wymiotów było niemożebne, polecono podawanie co 3 godziny lewatyw odżywiających, składających się z 7 łyżek wody, 2 łyżek peptonu i 5 kropli nastoju makowcowego.

15/11. Chory znacznie osłabiony, kaszel dość dokuczliwy, ciepłota 37·5°C., tętno 104 dość pełne. Wymioty trwają

ciągle również i czkawka. Przy zmianie opatrunku okazało się, że rana wcale nieobrzmiała wydziela zaledwie kilka kropli ropy śluzowatéj. Leczenie jak poprzednio polega na podawaniu co 5 minut po łyżeczce wina lub barszczu, nadto po 6 do 8 enem odżywczych na dzień i co 2 godziny proszek z 0·02 opium.

16/11. Osłabienie znaczniejsze. Wymioty utrzymują się ciągle, są one brudno-żółtawe, woń ich nieprzyjemna, lecz nie cuchną wyraźnie kałem. Kaszel ciągły. Brzuch miernie wzdęty, znacznie mniéj bolesny. Ciepłota 27·1°C., tętno 106. Przy dzisiejszém opatrunku rany użyto wyłącznie kwasu salicylowego. Leczenie jak poprzednio.

17/11. Wymioty utrzymują się stale, cuchną wyraźniéj, brzuch mało wzdęty, przy ucisku w obu podżebrzach bolesny. Stan ogólny gorszy. Ciepłota 36·2°C. Wieczorem ciepłota 37°C. Odnogi chłodne, skóra zimnym lepkim potem pokryta. W nocy odeszły kilkakrotnie wiatry.

18/11. Zapad znaczniejszy, tętno 120 nitkowate, brzuch miernie bolesny. Koło godziny 2 po południu wystąpiła lekka śpiączka i majaczenia. O godzinie 4 stolec z masy na pół płynnéj, fusowatéj. Wkrótce potem nastąpiły jeszcze dwa takie same stolce. Zapad zwiększal się coraz bardziéj i o godzinie 6 zakończył chory życie.

Wyciąg z protokółu sekcyi, wykonanéj w 12 godzin po śmierci, opiewa jak następuje: Skóra blada, podściółka tłuszczowa zanikła, w okolicy kanału pachwinowego prawego rana cięta szwami zespojona na 6 cm. długa, koło niéj mierny naciek ropny, kanał pachwinowy obszerny, przy jego końcu zewnętrznym przyrośnięty kawałek postronkowato zwyrodniałéj sieci. W ujściu brzusznêm tego kanału otrzewna okazuje rozległe wynaczynienia.

Czaszka prawidłowa, opona twarda gładka, blada, zatoki zawierają nieliczne świeże skrzepy krwi. Opony miękkie, równie jak i miąższ mózgu prawidłowe. Płuco prawe przez stare zrosty do ścian klatki piersiowéj słabo przyczepione. Na opłucnéj, szczególnie między płatami płuc jakoteż na ich podstawie, liczne ciemno-czerwone wynaczynionki mające miejscami 1 cm. średnicy. Płuco lewe w całości do ścian klatki piersiowéj mocno przyrośnięte. Oba płuca nadmiernie powietrzem rozdęte, blade; na przekroju w częściach środkowych i dolnych obu płuc widoczne są liczne niejednostajnie rozsiane ogniska brunatnawe, częścią żółtawe, ziarniste, zbite, bezpowietrzne, wielkości orzecha laskowego lub włoskiego, za naciskiem wydobyć z nich można nieco cieczy mętnéj, lepkiéj. Nadto w obu płucach w częściach dolnych kilka ognisk nieregularnych o brzegach nierównych, złożonych z brudno-żółtawéj miazgi, gdzieniegdzie ropiastéj. Z oskrzeli wydobywa się obficie ciecz gęsta, lepka, ropiasta. Naczynia płucne prawidłowe, nigdzie w żadnéj gałązce nie można znaleść żadnego zaczopowania. Serce i osierdzie rozmiarów prawidłowych, mięsień sercowy blady, spójności prawidłowéj, zastawki prawidłowe, w obu komórkach liczne świeże skrzepy krwi. — W jamie brzusznéj żadnéj wypociny płynnéj nie ma, pętle jelitowe gazami rozdęte i pozlepiane z sobą świeżą, skąpą wypociną włóknikową. Sieć duża przebiega w postaci szerokiego pasa dość napiętego pomiędzy jelitami po stronie prawéj ku otworowi kanału pachwinowego przyczepiając się cieniutkiém unaczynionêm pasmem do ścian worka przepuklinowego. Większa część pętli jelita biodrowego pozlepianych wypociną włóknikową położona jest w miednicy małéj. Po wydobyciu ich okazuje się, że miejsce zespojenia resekowanéj kiszki, leżące na 12 cm. powyżéj kiszki ślepéj, pokryte jest dość grubym pokładem wypociny włóknikowéj tak, że szwów założonych zupełnie nie było widać ani na samém jelicie ani téż na krezce. Po usunięciu tego pokładu okazała się otrzewna kiszki ciemno-czerwono zabarwiona ale gładka, ściana kiszki była jędrna i elastyczna. O 3 cm. poniżéj znachodzimy drugą część jelita długości 5 cm. ciemno-czerwoną i również grubszym pokładem wypociny włóknikowéj pokrytą. W miejscu tém leżał kłębek zwyrodniałéj sieci na jelicie i przez ucisk wywołał przekrwienie ścian jelita. Po roztwarciu kiszki i wypłukaniu płynnego kału, którym cała kiszka bez przerwy aż do zastawki Bauhiniego była wypełniona, okazała się błona śluzowa mocno rozpulchniona i przekrwiona. W miejscu znajdowania się szwów tworzy ona wał gładki, kolisty na 2 do 3 mm. wysoki, szwy podobnie jak i na powierzchni otrzewnowéj kiszki zupełnie niewidoczne, pokryte warstwą wypociny, trzymają bardzo dobrze. Objętość okrężnicy wstępującéj i poprzecznéj prawidłowa. Zgięcie esowate nieco rozdęte zawiera ciemno-zielonawy kal papkowaty; w innych częściach jelit kał płynny żółtawy. Torebka wątroby gładka, połyskująca, wnęka i woreczek żółciowy jakoteż sam miąższ wątroby prawidłowe. Śledziona mała, torebka zgrubiała. Nerki nieznacznie powiększone, torebka zchodzi łatwo z powierzchni gładkiéj szarawéj. Na przekroju kora miejscami nieco szersza, szarawo-żółta, okazująca liczne żółtawe i szarawe prążki, wyraźnie od piramid bladych odgraniczona. Spójność ich znacznie zmniejszona. Miedniczki nerkowe prawidłowe. Błona śluzowa żołądka rozpulchniona brodawkowata, powleczona obficie gęstym szarawym śluzem. Naczynia krezkowe prawidłowe. Gruczoły krezkowe w sąsiedztwie zmienionych miejsc jelit sinawe, soczyste, surowiczo obrzękłe.

Z powyższego zatém badania pośmiertnego wynika, że resekowana kiszka była w warunkach zupełnego wygojenia się. Ściana jéj bowiem była jędrna, nie przedstawiala żadnych cięższych zmian odżywczych, szwy trzymały dobrze i drożność jelita byla zupełnie utrzymaną, świadczy bowiem za tém znajdowanie się kału płynnego w całéj kiszce powyżéj i poniżéj miejsca znajdowania się szwów, obecność kału dość zbitego w jelitach grubych, a wreszcie pojawienie się wiatrów i stolców, które nie mogłyby nastąpić przy zamknięciu jelita.

Zmiany w płucach znalezione były zapaleniem zrazikowém, z jakiém chory prawdopodobnie już przyszedł do kliniki, albowiem ogniska te musiały trwać dłużéj niż te 8 dni, jakie upłynęły od operacyi do śmierci chorego. Zgadza się z tem i ta okoliczność, że chory przed przybyciem do kliniki cierpiał na kaszel silny, który nawet był przyczyną nagłego wystąpienia przepukliny.

Mniemanie, jakoby ogniska te miały początek przerzutowy, nie miałoby żadnéj podstawy w obec badania anatomicznego i przebiegu klinicznego. W całym bowiem ustroju nie znaleziono żadnego ogniska ropnego, rana zewnętrzna była czysta, na około niéj tylko bardzo mały naciek zapalny, nigdzie nie było rozpadających się zakrzepów w żyłach ani w sąsiedztwie rany ani w naczyniach krezkowych, jak również w naczyniach płucnych, mimo starannego poszukiwania, nie znaleziono nigdzie zatorów. Również sprzeciwia się temu przypuszczeniu rozpołożenie ognisk zapalnych, leżały one bowiem w środku miąższu płuca i nie miały kształtu klinowatego, jaki prawie cechuje ogniska płuca przerzutowe. Również przebieg kliniczny nie dozwala przypuścić ropnicy z następowemi przerzutami. W ciągu całéj choroby

nie było ani razu dreszczów, ciepłota nie była wysoka, owszem po jednorazowém nasileniu do 38·5° C. opadała stale, śledziona nie była powiększona, słowem nie mieliśmy ani jednego objawu właściwego ropnicy. A zatém zmiany w płucach możemy jedynie uważać za zwykłe zapalenia zrazikowe. Do śmierci chorego jednak przyczynił się bardzo jeszcze jeden szkodliwy czynnik, mianowicie zatrucie kwasem karbolowym, wessanym przez kiszki w czasie operacyi. Objawy tego zatrucia były bardzo wybitne i one przeważały w całym przebiegu choroby. Ono było przyczyną ciągłych wymiotów i uczucia gniecenia w dołku podsercowym, jakie wystąpiło wkrótce po operacyi, kwas karbolowy był przyczyną ciągle prawie utrzymującego się zapadu, a wreszcie rozbiór moczu, wyżéj przytoczony, przemawia najdobitniéj za tém, że cały ustrój chorego był przesycony kwasem karbolowym. To więc zatrucie tłumaczy nam wczesny zgon chorego i tak już cierpiącego na zapalenie płuc zrazikowe. Pokazuje się zatém z tego, że przy dłużéj trwających operacyjach na kiszkach nie należy używać nawet słabego rozczynu kwasu karbolowego do rozpylacza, albowiem w obec bardzo wielkiéj skłonności otrzewny do wsysania może się dostać do ustroju zbyt wielka ilość tego kwasu, co późniéj może bardzo szkodliwie wpływać na dalszy przebieg choroby.

III. Z oddziału Docenta Dra Pareńskiego.

Zapalenie opon mózgowych i rdzenia pacierzowego nagminne

(Meningitis cerebrospinalis epidemica).

(Sprawozdanie z przypadków leczonych w szpitalu ś. Łazarza w latach 1876—1880).

Skreślił Dr. **Wład. Ant. Gluziński.**

(Odczyt miany na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego).

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 22).

B) Forma przyostra

a) ze śmiertelném zakończeniem.

III. Zofija Bielakowa przyjęta do szpitala d. 23 marca 1876. Choroba rozpoczęła się przed 3 dniami od bólu głowy i wymiotów. Budowa i odżywienie dobre. Głowa w tył wygięta, mięśnie karkowe napięte. Płuca i serce prawidłowe. Zatrzymanie stolca od 2 dni, mocz oddaje prawidłowo. C. 40°C. tętn. 80. Ból głowy i karku, przytomność utrzymana, mierna śpiączka. Przez 5 dni następnych stan ten sam, ciepłota wahała się między 39 a 39·5°C., tętno zaczęło wzrastać do liczby 112; stolec tylko za pomocą środków przeczyszczających. 31/III. Mięśnie karkowe nadzwyczaj silnie napięte, połykanie utrudnione, języka chory wysunąć nie może, odleżyna dość znaczna w okolicy kości krzyżowéj. Do 5/IV, w którym nastąpiła śmierć (w 17 dniu choroby), gorączka nigdy nie opadła, w końcu dochodziła nawet do 41·2°C., tętno odpowiednio wzrastało, w dniu śmierci wynosiło 138, dzień w dzień na różnych miejscach nowe odleżyny, a chora wśród zupełnéj utraty przytomności zakończyła życie. Sekcyi nie było.

IV. Walenty Drożdż, l. 30, wyrobnik przyjęty do szpitala 9 czerwca 1877, cierpiący od dni czterech; choroba zaczęła się od bólu głowy. Budowa ciała silna, odżywienie bardzo dobre. Język wilgotny, obłożony. Granice płuc nieco obniżone, zresztą narząd oddechowy prawidłowy, również narząd krążenia. Tęt. 60. Śledziona niepowiększona. Pęcherz moczowy wypełniony sięga na 4 palce po nad spojenie kości łonowych, w moczu spostrzegalny ślad białka. Zaparcie stolca. Silny ból głowy. Od 11/VI—18/VI gorączka utrzymywała się z torem nieregularnym między 38—39·5°C. D. 13/VI dość znaczne cieczenie krwi z nosa; 16/VI dotychczasowe zaparcie stolca ustąpiło miejsca silnemu rozwolnieniu, które trwało do 20/VI sprowadzając znaczne wycieńczenie chorego. 21/VI. Chory nieprzytomny, głowa w tył i ku lewéj stronie wygięta, drgawki chwilowe ręki lewéj, odnogi zimne. 22/VI. Nieprzytomność utrzymuje się; szczękościsk; źrenica prawa szersza, chory łykać nie może. Nad płucem prawém wypuk bębenkowy, obfita ilość drobnych rzężeń; tętno drobne, szybkie. Śmierć o godzinie 5 po poł. w 17 dniu choroby. Sekcyja: Opona twarda gładka, blada, znacznie napięta. Opony miękkie zamglone w całości, w stopniu wyższym w rowkach międzyzwojowych wzdłuż żył tamże przebiegających. W przestworach podpajęczych ilość płynu zwiększona, płyn ten mętny, brudny. Obok tego w licznych miejscach w rowkach międzyzwojowych nagromadzona pod oponą miękką wypocina żółtawo lepka, ciągnąca się w płatkach lub pasemkach drobnych. Miąższ mózgowy na przekroju blady, niedokrewny, spójność prawidłowa. Zachowanie się opon na podstawie takie jak na wypukłości. Wypocina wyżéj opisana złożona w kilku miejscach, mianowicie na dolnéj powierzchni móżdżku i w kilku odosobnionych miejscach na płatach mózgowych. Kości czaszki utrzymane wszędzie w całości. Rdzeń pacierzowy okazuje nastrzykanie opon tudzież wypocinę włóknikoworopną złożoną popod oponę pajęczą w znacznéj ilości w części tylnéj rdzenia. Płuca oba nadmiarowo powietrzem rozdęte, suche, na przekroju wszędzie powietrze zawierające. W obu jamach opłucnowych po ½ kg. płynu surowiczego jasnego. Osierdzie, zastawki i błona wewnętrzna tęt. głównéj niezmienione. Jama komórki prawéj rozszerzona, ściana widocznie grubsza. Mięsień sercowy brunatny, spójności prawidłowéj. Wątroba wielkości prawidłowéj, na rozkroju rysunek zamazany, barwy jednostajnie szaréj, spójność miąższu nieco mniejsza. Nerki obie nieco większe na rozkroju, blade, niedokrewne, połyskujące, o miąższu kruchym, śledziona niezmieniona tak co do rozmiarów, jakotéż jakości. Błona śluzowa żołądka i jelit miernie nastrzykana i gładka. *Diag. anat: Meningitis cerebro-spinalis fibrino-purulenta. Emphysema utriusque pulmonis subsq. hypertrophia ventriculi cordis dextri. Degeneratio parenchymatosa acuta hepatis et renum.*

V. Kasper Głowacki, l. 21, wyrobnik, przyjęty dnia 13 listopada 1878. Sprawa chorobowa rozpoczęła się przed pięciu dniami od dreszczu i bólu głowy. 14/XI Odżywienie i budowa dobre. Język wilgotny, obłożony, na wardze górnéj dość rozległy *herpes*. Głowa w tył wygięta przez napięte mięśnie karkowe, stos kręgowy w części piersiowéj ku przodowi podany. Przeczulica ogólna. Zaparcie stolca. Ból głowy i wzdłuż całego stosu kręgowego, najsilniejszy w karku i krzyżach. W dalszym przebiegu, oprócz dwurazowego podniesienia się w d. 15/XI i 24/XI do 38°C., ciepłota zresztą wahała się w granicach prawidłowych, a nawet w ostatnich dwóch dniach spadła do subnormalnéj. Tętno nieproporcyjonalnie szybkie podnosiło się ku końcowi a w dniu śmierci t. j. 3/XII wynosiło 120. Objawy mózgowe i rdzeniowe trwały z jednakowém nasileniem. Wśród tego przebiegu powstały odleżyny w okolicy krętarzy wielkich, a w dniu 27/XI wy-

stąpił ból w uszach z następowém cieczeniem ropy z tychże i zupełną utratą słuchu. Ostatnie dwa dni chory zupełnie nieprzytomny, a śmierć nastąpiła wśród objawów zapadu. Sekcyja: Opona twarda gładka, miernie napięta, w częściach bocznych i tylnych drzewkowato nastrzykana. Opony miękkie cienkie, żywo czerwono nastrzykane, w przestworach podpajęczych skąpa ilość cieczy surowiczéj nieco mętnawéj. Na podstawie tuż obok skrzyżowania się nerwów wzrokowych i mostu Varola skąpa ilość wypociny blado zielonawo żółtéj, dość zbitéj, kruchéj. Miąższ mózgu na rozkroju przedstawia istotę korową znacznie ciemniéj ubarwioną, dość mocno od istoty białéj odbijającą; i w jednéj i drugiéj nader liczne, drobne, ciemno-czerwone punkciki, gdzieniegdzie nawet miąższ mózgu jednostajnie jajowato żółto zabarwiony. Komórki mózgowe nieco rozszerzone, zawierają znaczniejszą ilość cieczy mętnéj, surowiczéj. Wyściółka komórek gładka. Opona twarda rdzenia żywo drzewkowato nastrzykana; po jéj rozcięciu widoczna pod miękką oponą złożona wypocina zielonawo-żółta, tu i owdzie galaretowata, dość zbita, krucha, w kształcie torebki cały rdzeń, aż po *cauda equina* obejmująca. Płuca obydwa za pomocą nielicznych błon włóknistych wiotkich do ścian klatki piersiowéj przyczepione. Na rozkroju w tylnych częściach ciemno-czerwono zabarwione, zbitsze, bezpowietrzne, w otoczeniu miąższ zalewa się cieczą krwawą, w małéj tylko części pienistą. Serce prawidłowe. Wątroba prawidłowéj wielkości, torebka napięta; miąższ czerwono-brunatny na rozkroju przedstawia niewyraźny rysunek zrazików, przy tém nieco kruchszy. Śledziona niepowiększona. Nerki prawidłowe. Błona śluzowa miedniczek nerkowych żywo czerwono drzewkowato nastrzykana, gdzieniegdzie okazuje drobne, ciemno-czerwone kropki. Błona śluzowa jelita cienkiego okazuje liczne szarawe guzki, wielkości główki od szpilki lub nieco większe po nad powierzchnię wysterczające. Kępki Peyera znacznie wydatniejsze. Gruczoły limfatyczne w jamie brzusznéj nieco powiększone, znaczniejsza ich część różowawa, soczysta. *Diag. anat.: Meningitis cerebro-spinalis purulenta. Hyperaemia meningum, nec non cerebri subsq. hydrocephalo acuto interno. Pneumonia hypostatica ambilateralis. Pyelitis ambilateralis. Catarrhus chronicus totius intestini tenuis. Hyperplasia glandularum mesaraicarum.*

Oto trzy przypadki, które zaliczyłem do formy przyostréj z niepomyślném zakończeniem. Nie dla wspólności objawów i podobieństwa przebiegu umieściłem je w tym dziale, lecz ze względu na czas trwania i nasilenie sprawy chorobowéj W formie ostréj widzieliśmy chorych pozbawionych nagle przytomności, która nie ustępowała do zgonu, tu chorzy przedstawiali się albo zupełnie przytomni, albo z lekko zajętém sensoryjum, które w miarę postępu choroby zaciemniało się, a zupełna bezprzytomność nastawała w dniu śmierci lub na dłuższy czas przed zgonem. Zadziwiającą była ilość odleżyn i szybkość ich występowania u Zofii Bielakowéj (III), zmiana, któréj już nie napotykamy w żadnym przypadku w takiém nasileniu; jeżeli dodamy do tego, że najwyższą ciepłotę obserwowaną, bo dochodzącą do 41°, u niéj napotykamy, to będziemy mieli przypadek, który może nasuwać myśl, że choroba ta nie jest czysto tylko zapalną sprawą odbywającą się na błonach mózgowych i rdzeniowych, ale że tu jakaś ogólna infekcyja działać musi, na karb któréj i część objawów i rodzaj przebiegu kłaść musimy. O innych objawach tych przypadków, jak o zmianie w uszach u Głowackiego, o zachowaniu się gorączki i tętna i t. d. mówić będę w uwagach ogólnych.

b) z pomyślném zakończeniem.

VI. Ulina S. l. 20 przybyła do szpitala d. 30 kwietnia 1878. Przed 9 dniami silny dreszcz, ból głowy, karku i odnóg dolnych, wymioty. 1/V. Odżywienie dobre. Ciepł. 38° C. Narząd oddechowy i krążenia prawidłowy. Śledziona niepowiększona. Głowa w tył przegięta, mięśnie karkowe napięte, ogólna przeczulica na skórze, w okolicy dołka podsercowego drobne wynaczynionki. Ból głowy, karku, łydek, zaparcie stolca. Przez 2/V i 3/V ciepłota utrzymywała się 39° C. tętno ze 102 obniżyło się na 84; wystąpiło silne zapalenie spojówek powiekowych. 4/V r. 35° C., w. 36° C. tęt. 66. Chora na wpół przytomna, na pytania z trudnością odpowiada; oddaje kał pod siebie; odnogi chłodne. Przy podnoszeniu jéj broni się i krzyczy. W następnym dniu objawy zapadu ustąpiły, rekonwalescencyja szybkim krokiem postępowała, i w d. 13/V opuściła szpital w zupełnie dobrym stanie zdrowia.

VII. Maryjanna J, l. 34, żona wyrobnika przyjęta d. 14 kwietnia 1879. Choroba zaczęła się przed tygodniem oddreszczów, które nazajutrz powtórzyły się. W drugim dniu przyłączył się ból głowy, przytępienie słuchu, ból w odnogach, wymioty. D. 15/IV. Budowa i odżywienie mierne. Ciepł. 39° C., tęt. 96. Język wilgotny, obłożony. Narząd oddechowy i krążenia prawidłowy; śledziona niepowiększona. Głowa w tył przegięta; przytomność zupełna; przytępienie słuchu, ból głowy i odnóg; mocz prawidłowy. Zaparcie stolca. Chora w 6ym miesiącu ciąży. Między 15/IV a 20/IV stan się nie zmienił, ciepł. między 38·5—39·5°C., tęt. między 90 a 108. Od 20/IV zaczęły się większe wahania ciepłoty z dążnością powrotu do prawidłowéj, tętno obniżało się stopniowo. Bóle głowy, karku i wzdłuż stosu pacierzowego utrzymywały się dłuższy czas w swém pierwotném natężeniu. Dolegliwym przypadem były ustawiczne wymioty, stolec tylko za pomocą środków przeczyszczających. W d. 2/V napad drgawek poprzedzony silnym dreszczem, od następnego dnia rekonwalescencyja. chora d. 19/V opuściła szpital w dobrym stanie zdrowia; płód żywy.

VIII. Karolina J., l. 23, wyrobnica, przybyła d. 13 grudnia 1879. Choroba rozpoczęła się przed 8 dniami od bólu głowy wymiotów. Język wilgotny. Ciepł. 37·5°C., tęt. 96. Płuca, serce prawidłowe, śledziona niepowiększona. Przytomność zupełna; głowa w tył przegięta, mięśnie karkowe miernie napięte, przy dotyku bolesne. Silny ból głowy, karku i krzyżów. Stolec zatrzymany; mocz bez białka. Chora w 6 miesiącu ciąży. Tylko od 15/XII—19/XII mieliśmy mierne podwyższenie ciepłoty (38° C.); bóle głowy, karku po zastosowaniu pijawek nieco zwolniały, największa bolesność utrzymywała się w części lędźwiowéj. Od 19/XII do wyleczenia kompletnego, które nastąpiło w początkach stycznia, ciepłota nigdy się nie podniosła; napięcie mięśni karkowych z dnia na dzień zmniejszało się; ból głowy to malał, to znów powiększał się, najwięcéj jednak dolegliwości sprawiała choréj bezsenność i ból w stosie pacierzowym szczególniéj w części lędźwiowéj, który się téż najdłużéj utrzymywał ze wszystkich przypadków.

Przeglądając dość liczną literaturę téj choroby nie znalazłem nigdzie wzmianki o komplikacyi z ciążą. Nie podnoszę tego celem twierdzenia, że ciężarne wyjątkowo tylko podlegają téj chorobie lub żeby przebieg u ciężarnych był innym jak u reszty chorych, chcę tylko uwidocznić ten fakt, że w naszych przypadkach przy pomyślnym przebiegu dla matki i ciąża nie została przerwaną i płód nie uległ szkodliwym wpływom. (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

O cięciu cesarskiém i jego metodach

napisał Dr. A. Mars
Docent położnictwa i Asystent kliniki położniczo-ginekologicznéj U J.

(Dokończenie. Patrz Nr. 22).

2. Dawniejsza metoda jest ustaloną, wielokrotnie omówioną i opisaną, jedném słowem operacyją typową, podczas gdy młodociana metoda Porry nie może się jeszcze poszczycić rozległą kazuistyką, a ta która istnieje, jest tak rozmaitą, pojedyńcze przypadki tak różnie były wykonane, leczone itd., że operacyi téj dzisiaj jeszcze typową nazwać nie możemy, ona się teraz dopiero rozwijac i kształcić poczyna i długo nam jeszcze czekać przyjdzie, nim pomiędzy operatorami jaka taka zgodność nastąpi. Jeżeli zatém nowa metoda na początku swego rozwoju ma taki procent śmiertelności, jaki ma dawna na szczycie swego panowania, to iście przyznać należy, że to bardzo na korzyść pierwszéj przemawia.

3. Zapatrywania lekarskie na ważność statystyki dzisiaj są inne jak dawniéj, a o ileż łatwiéj nam dzisiaj komunikować sobie przypadki pojedyńcze przy takiéj znacznéj liczbie czasopism specyjalnych, które chętnie każdemu swe łamy otwierają, aniżeli to było w czasach dawniejszych. Jakiż z tego wynik? Oto dawniéj kwapił się każdy, aby ogłosić swą korzystną statystykę lub korzystny przypadek, podczas gdy nader wiele przypadków niekorzystnych nie dochodziło zupełnie do wiadomości świata lekarskiego; podczas gdy dzisiaj leży w interesie każdego operatora, aby się jak najprędzéj dowiedział o statystycznych wynikach nowéj operacyi, każdy zatém donosi o swoim przypadku bez względu na to, jaki był jego wynik. Co więcéj w obec dzisiejszych środków komunikacyi niemal niepodobném jest, aby się pojedyńcze przypadki ukrywać mogły tak, iż śmiało sądzić mogę, że wszystkie przypadki nowéj metody dochodzą do naszéj wiadomości i tylko może gdzieś w zakątku przez niepowołanego operowany przypadek może pozostać ukrytym. Jako dowód, że uwagi powyższe są słuszne, podałbym okoliczność, że zestawienia statystyczne dotyczące dawniejszéj metody cięcia cesarskiego różnią się między sobą, i tak podczas gdy zestawienie najobfitsze Mayera, sięgające tém samém dawniejszych czasów, i Michaelisa wykazują procent śmiertelności 54%, to zestawienia późniejsze jak Kaysera i Harissa podają tenże na 56 i 62%. Okoliczność ta nie zmniejsza wprawdzie rzeczywistego procentu śmiertelności, ale wpływa znacznie na stosunek metody nowéj do dawniejszéj. To co dotychczas w téj mierze powiedziałem, zdaje mi się być dostateczném, aby wypowiedzieć zdanie: że śmiertelność metody dawniejszéj była większą aniżeli zestawienia statystyczne wykazują, a tém samém, że nowa metoda według Porry dzisiaj już ma daleko mniejszy odsetek śmiertelności, aniżeli metoda dawniejsza.

4. Chcąc ze szczupłéj liczby przypadków układać zestawienie i obliczać odsetki, trzeba się koniecznie nad pojedyńczemi przypadkami zastanowić i wybrać takie, które się do zestawienia nadają, i tak: jeżeli się przypatrzymy bliżéj przypadkom znanym metody Porry, to ze względu na stan choréj przed operacyją, jak to słusznie czyni Levy (*Wiener Klinik* grudzień 1880), możemy je podzielić na następujące rodzaje: *a)* na takie w których operacyja wykonaną była na początku porodu, nie było żadnych powikłań, stan matki i płodu pomyślny; *b)* na takie, które operowano po dłuższém trwaniu porodu, gdy płód już był obumarłym a u matki znachodził się znaczny upadek sił i gorączka; *c)* na takie, w których operacyję wykonywano na umierającéj; *d)* wreszcie takie, o których nie ma żadnéj wzmianki pod względem stanu matki i płodu przed, podczas i po operacyi i o których nie wiemy nic o przebiegu operacyi. Jeżeli rozdzielimy opisane przez Levy'ego przypadki według powyższego określenia, to nam wypada:

Rodzaj przyp.	Liczba przyp.	wyzdrow.	umarło	% śmiert.
a	31	21	10	32·26
b	8	2	6	75
c	3	—	3	100
d	9	—	9	100
	51	23	28	54·90

Z rozkładu tego wynika, że w przypadkach w których matki i płody miały się przed operacyją dobrze, a operacyję wykonano wcześnie, odsetek śmiertelności wynosi 32 26, podczas gdy w przypadkach powikłanych wznosi się takowy do 75. Ponieważ daléj przypadków pod *c)* i *d)* określonych nie mogę żadną miarą wliczać, o co nikt, sądzę, spierać się nie będzie, to zestawiwszy przypadki pierwszego i drugiego rodzaju razem otrzymamy: 39 przypadków, z których wyzdrowiało 23 a umarło 16, czyli odsetek śmiertelności wynosi 41 03. Godząc się w zupełności na zdanie Levy'ego uważam to zestawienie i wynikły z niego odsetek jako jedynie na teraz słuszne dla metody Porry. Żałować wypada, że nie możemy podobnie podzielić przypadków według dawniejszéj metody operowanych, wtenczas bowiem tylko moglibyśmy słusznie porównać odsetki i odnośne ztąd wysnuć wnioski Mimo to jednak rozdział ten przypadków metody Porry ma dla nas wartość i może służyć za podstawę do rokowania.

Rokowanie. Takowe musimy osobno uwzględnić ze względu na matkę, a osobno ze względu na płód i tak: Wnosząc z tego, cośmy w zestawieniu o obu metodach powiedzieli, rokowanie dla matki jest już dzisiaj znacznie lepszém w metodzie Porry, aniżeli w metodzie dawniejszéj. Daléj rokowanie w obu metodach jest znacznie lepszém w tych przypadkach, w których nie mamy żadnych powikłań chorobowych przed operacyją, gdy takowa wykonaną została niedługo po rozpoczęciu czynności porodowéj na osobie silnéj i zdrowéj. W przeciwnym razie, jeżeli operacyję wykonywamy na osobie osłabionéj, gorączkującéj, w dłuższy czas po pęknięciu pęcherza płodowego, gdy płód już obumarł i zaczyna się rozkładać, rokować musimy niepomyślnie. Ze względu na życie płodu rokowanie bez względu na metodę operacyjną zależy od stanu, w jakim się płód znajduje przed rozpoczęciem operacyi. W czasie operacyi może niebezpieczeństwo powstać dla dziecka skutkiem albo krwotoku w obec dawniejszéj metody albo skutkiem długotrwałego ugniecenia części nadpochwowéj macicy podwiązką wśród operacyi Porry według rady Müllera założoną, nadto tak w jednéj jak i drugiéj metodzie skutkiem trudności wydobycia następującéj główki. Ponieważ jednak postępowanie w obu metodach operacyjnych jest nader szybkie, zatém jeżeli dziecko przed rozpoczęciem operacyi nie było zagrożoném, powinno rodzić się żywém, a co najwięcéj w niekorzystnych warunkach podczas operacyi omdlałém. Zestawienia z dawniejszéj metody operacyjnéj tyczące się dzieci nie mają właściwie naukowéj wartości, albowiem znachodzimy tylko podania: ile dzieci rodziło się żywo w pewnéj liczbie

operacyj, nie znachodzimy zaś wzmianki, w jakim stanie znajdowały się te dzieci przed operacyją, które po operacyi urodzone zostały nieżywemi. W zestawieniu Levy'ego metody Porry znachodzimy: że na 51 operacyj rodziło się 38 dzieci żywych, 7 zaś nieżywych, które już przed rozpoczęciem operacyi były obumarłe, nadto o 6ciu nie ma żadnéj wzmianki. Z dzieci zatém żywych przed operacyją wszystkie żywo się urodziły.

Wypada nam się jeszcze zastanowić nad zaletami metody Porry, któremi metodę dawniejszą przewyższa, i którym zawdzięcza świetne stosunkowo wyniki, jak to powyżéj wykazano. Zalety te podniósł Porro a obok niego Späth i tak: 1) Faktem jest, że tylko przez wycięcie macicy i wszycie kikuta w ranę operacyjną możemy być na pewno panami krwotoku wśród operacyi, który w metodzie dawniejszéj był zwykłém groźnem powikłaniem, a szczególniéj w tych przypadkach, w których łożysko leżało na przedniéj ścianie macicy. 2) Metoda nowa zabezpiecza nas zupełnie przed krwotokiem następowym i przed możliwością sączenia się wydzielin z rany i jamy macicznéj do jamy otrzewny. 3) W nowéj metodzie rana maciczna jest znacznie mniejszą, a co ważniejsza, daleko mniéj skomplikowaną, niż w metodzie dawniejszéj. 4) Cała rana operacyjna znachodzi się na zewnątrz i jest dla leczenia przystępną. Nadto niebezpieczeństwo wytworzenia się zapalenia otrzewny jest znacznie mniejsze. 5) Przez wycięcie macicy usuwamy źródło spraw zapalnych połogowych. 6) Wykonywając operacyję podług metody nowéj nie potrzebujemy wyczekiwać na bóle silniejsze aż do końca pierwszego okresu porodowego, tylko możemy rozpocząć wykonanie operacyi pierwéj, co jest ważnem szczególniéj wtenczas, gdy mamy do czynienia z przedwczesnem pęknięciem pęcherza płodowego, gdzie z każdą chwilą wyczekiwania pogarszają się stosunki dla płodu. 7) Operacyja sama trwa znacznie krócéj, podwiązanie bowiem i odcięcie macicy nie zabierają tyle czasu, ile go zabiera tamowanie krwotoku z rany macicznéj, gdzie po ustaniu nawet krwawienia nie przystępujemy od razu do zespojenia jamy brzusznéj, musimy bowiem wyczekiwać, czy się jeszcze krwawienie pokaże lub nie. Wśród operacyi łatwiej możemy zapobiedz dostawaniu się krwi do jamy brzusznéj, jeżeli mamy macicę na zewnątrz powłok brzusznych. 8) Wreszcie jako zaletę metody nowéj należy uważać okoliczność, że kobieta która po téj operacyi wyzdrowieje, nie jest narażoną na powtórne niebezpieczeństwo ciąży. Co do tego ostatniego punktu autorowie niemieccy nie są w zgodzie i tak podczas gdy szkoła wiedeńska uważa okoliczność tę za zaletę operacyi, to autorowie pruscy, którzy operują na umierających, wymóżdżają żywe dzieci, wycinają jajniki w celu usunięcia bólów miesiączkowych lub w celu usunięcia krwotoków przy obecności włókniaków, a nawet wykonywają laparotomiję w celu leczenia zmian położenia macicy, mają skrupuły co do tego: czy się godzi wykonywać operacyję, która pozbawia kobietę narządu rodnego i czyni ją niepłodną? Zkąd się rodzą te skrupuły, trudno istotnie powiedzieć; może być, że ztąd pochodzą, że niemieccy autorowie w ogóle niechętnie przyjmują nowości, które się nie u nich zrodziły, a co do metody Porry, nie korzystnie ich może usposabiać ta okoliczność, że 4 pierwsze przypadki operowane tą metodą w Niemczech zakończyły się śmiercią.

W ostatnim czasie wystąpił Schlemmer w Akwizgranie jako przeciwnik do pewnego stopnia metody Porry, ograniczając wielce jéj wskazania. W pracy swéj nazywa on operacyję tą nieprawną i niemoralną, a mimo to podaje dla niéj dwa wskazania, i tak: 1) przypadki, w których miękkie części kanału rodnego tak są zwyrodniałe, że ich pozostawienie grozi matce niechybną śmiercią; 2) przypadki, w których odpływ odchodów połogowych uniemożebnionym jest zupełną niedrożnością pochwy. Co do tych zalet nowéj metody, to sprawia się z niemi bardzo krótko, twierdząc, że nietylko nie wytrzymują krytyki, ale nawet nie poprawiają odsetka śmiertelności, przyczém twierdzi, że po dawniejszéj metodzie mamy odsetek wyzdrowienia 46, podczas gdy po metodzie Porry takowy wynosi 40, co ma znaczyć, że gdy odsetek śmiertelności dawniejszéj metody wynosi 54 to przy metodzie według Porry 60. Wynik statystyczny podany przez Schlemmera różni się wielce od tego, jaki wypada z zestawienia przypadków przez Levy'ego opisanych, mimo że praca powyższego autora pojawiła się zaledwo w kilka miesięcy po pracy Levy'ego. Niemając pod ręką pracy Schlemmera i znając ją tylko ze sprawozdań nie mogę wypowiedzieć stanowczego zdania, muszę jednak wyrazić zdziwienie, jakim sposobem Schlemmer doszedł do takiego odsetka śmiertelności według metody Porry? Schlesinger w krytyce jego pracy w *Medizinische Blätter* wykazuje, że Schlemmer podał dowolną, urojoną cyfrę na podstawie, że wiele prawdopodobnie przypadków niepomyślnych téj metody nie doszło do wiadomości świata lekarskiego, nie uwzględnia jednak wcale téj możebności w obec metody dawniejszéj.

Do zalet wreszcie nowéj metody należy dodać i to, że w przypadkach osteomalacyi można się po niéj spodziewać, jeżeli nie wyzdrowienia lub polepszenia téj choroby, to przynajmniéj tego, że cierpienie to postępować daléj nie będzie. Doświadczenie rozstrzygnie zapewne niebawem tę kwestyję, dzisiaj możemy się tylko pomyślnego wyniku spodziewać, wiemy bowiem, że to cierpienie pogarsza się znacznie podczas każdéj następnej ciąży. Jeżeli zatém osoba tą chorobą dotknięta będzie zabezpieczoną od zajścia w ciążę, choroba jéj nie może się już tak szybko rozwijać, jeżeli nadto dodamy to, że równocześnie z wycięciem jajników, metodzie Porry towarzyszącem, ustaje przez sztuczne klimakteryjum życie płciowe kobiece, musimy się spodziewać pomyślnego zwrotu w chorobie, która niezaprzeczenie z życiem płciowém kobiety w związku pozostaje.

Z tego co powiedziano o dawnéj i nowéj metodzie cięcia cesarskiego zdaje mi się, że metoda nowa Porry jest wielką zdobyczą w nauce położnictwa, że jest ze wszech miar uzasadnioną i że z czasem stanie się operacyją dominującą tak, że metoda dawniejsza wykonywaną będzie na osobach brzemiennych i rodzących zmarłych a nadto w tych tylko nielicznych przyp dkach na osobach żywych, w których metoda Porry nie jest wykonalną.

Mauthner Prof. L. **Gehirn und Auge**. Wiesbaden 1881, stron 260, streścił Dr. E. Machek.

(Dokończenie. Patrz Nr. 22).

Teraz powracamy do chorób mózgowych, które sprowadzają upośledzenie funkcyi bez zmian anatomicznych widocznych wziernikiem skutkiem charakterystycznego rozmieszczenia włókien nerwowych w siatkówce; najwybitniejszym, chociaż rzadkim z tych rodzajów upośledzenia funkcyi, które nam mogą wskazać umiejscowienie chorób w mózgu, jest hemianopija. To też autor przeważnie zajmuje się hemianopiją, a dzieło jego stanowi właściwie wyczerpującą monografiję téj choroby. Z materyjału, jakiego dostarczają spostrzeżenia

kliniczne, anatomija i fizyjologija a wreszcie doświadczenia na zwierzętach, korzystał autor, usiłując rozwiązać jedno z najtrudniejszych zagadnień medycyny. Chcąc bowiem z upośledzenia funkcyi wnosić o umiejscowieniu choroby w mózgu, znać trzeba dokładnie przebieg włókien nerwowych od ośrodków aż do siatkówki. W tym jednak względzie wielkie trudności sprawia skrzyżowanie nerwów wzrokowych, skoro przebieg włókien w tymże, pomimo usilnych i mozolnych badań (Biesiadecki), dotąd nie jest zupełnie wyjaśniony. Tak więc autor równocześnie rozwiązać musi zawiłą sprawę skrzyżowania, co też czyni. Sposób przeprowadzenia rzeczy jest ściśle przedmiotowy, rozumowanie bystre, wyrażanie się i przedstawianie rzeczy jasne. Treść tej części dzieła, które uczy o hemianopii i skrzyżowaniu, jest następująca: Przez hemianopiję, zwaną dotąd niewłaściwie hemiopiją, rozumie autor zupełną lub niezupełną utratę wrażliwości jednéj połowy siatkówki na światło, powstałéj skutkiem chorób śródczaszkowych na jedném lub na obu oczach, przyczém dodać należy, iż granica oddzielająca widzącą od niewidzącéj połowy przechodzi przez plamkę żółtą.

Rozróżniamy następujące rodzaje: *Hemianopia homonyma*, jeżeli odpowiednie sobie części siatkówki w obu oczach, np. górne albo lewe, są dotknięte, a według tego może być: *Hemianopia superior, inferior, dextra* i *sinistra*. *Hemianopia heteronyma* cechuje się tém, iż naprzeciwległe połowy siatkówki są chore, a rozróżniamy więc *Hemianopia supero-inferior*, *lateralis s. temporalis, medialis s. nasalis*. Nie wszystkie jednak rodzaje hemianopii równie często napotykamy, o niektórych trudno nawet na pewne powiedzieć, czy w ogóle się pojawiają. *Hemianopia homonyma dextra et sinistra* i *Hemianopia lateralis* stosunkowo zdarzają się najczęściéj, żadnego zaś wybitnego przypadku *Hemianopiae heteronymae medialis* dotąd nie spostrzegano (*Mandelstamm?*).

Pojawianie się pierwszych trzech rodzajów hemianopii, a więc wszystkich prawie dotąd spostrzeganych przypadków, wytłumaczyć można zmianami śródczaszkowemi, przypuścić jednak musimy, iż pasma nerwów wzrokowych w skrzyżowaniu się tak zachowują, iż $^3/_5$ części włókien przechodzi na drugą stronę, a więc istotnie się krzyżuje, podczas kiedy $^2/_5$ po téj saméj pozostaje stronie, a więc z prawego pasma przechodzi w prawy nerw wzrokowy. W takim razie *Hemianopia heteronyma medialis* może w ten tylko sposób powstać, że dwa symetrycznie ułożone nowotwory uciskają śródczaszkowe części nerwu wzrokowego, co pewnie bardzo rzadko się zdarza, a z tém znowu się zgadza ta okoliczność, iż dotąd nikt niewątpliwego przypadku tego rodzaju hemianopii nie spostrzegał.

Wyglądanie tarczy w przypadkach zastarzałéj hemianopii zależy wyłącznie od w ł ó k i e n, k t ó r e s i ę k r z y ż u j ą. Włókna bowiem, które się nie krzyżują przebiegają ku wewnątrz i to w głębszych warstwach, włókna zaś, które się krzyżują, przebiegają po większéj części ku plamce żółtéj lecz także i ku wewnątrz i to w powierzchownych warstwach, skutkiem czego pokrywają włókna niekrzyżujące się, w głębszych znajdujące się warstwach. Tak więc w przypadkach *Hemianopiae homonymae dextrae* prawa tarcza jest blada, lewa zaś prawidłowa, w przypadkach jednoimiennéj hemianopii lewéj ma się rzecz odwrotnie. Prawidłowo wyglądać będą tarcze w *Hemianopia heteronyma medialis*, obie tarcze będą blade przy *Hemianopia heteronyma lateralis*. Hemianopia w kierunku od góry lub od dołu jest bardzo rzadka, toż samo i hemianopia jednego tylko oka (*monocularis*).

Co się wreszcie tyczy umiejscowienia siedliska choroby, nowotworów, wybroczyn itd., które albo uciskają albo niszczą włókna przebiegające do siatkówki, to wiemy że: *a*) Ucisk na śródczaszkową część nerwu wzrokowego może sprowadzić połowicze upośledzenie wzroku (*hemianopischer Defect*) jednego oka. Ucisk na śródczaszkową część obu nerwów wzrokowych może sprowadzić zupełną ślepotę obu oczu albo połowicze upośledzenie wzroku i to najrozmaitszego stopnia obu oczu. Połowicze zaś upośledzenie wzroku od hemianopii różni się tém, iż odgraniczenie zdrowéj połowy od choréj nie jest ostre i nie przechodzi przez plamkę żółtą. *b*) W przypadkach ucisku na prawą albo lewą stronę skrzyżowania (*seitlicher Chiasmawinkel*) może powstać: *Hemianopia medialis* jednego oka; gdy nowotwór uciska prawą i lewą stronę skrzyżowania, to wystąpi *Hemianopia medialis* obu oczu, jeżeli przodową albo tylną część, to *Hemianopia lateralis* obu oczu. *c*) Skutkiem ucisku na zewnętrzny albo wewnętrzny brzeg jednego pasma nerwu wzrokowego powstać może połowicze upośledzenie wzroku jednego oka. Jeżeli zaś całe jedno pasmo jest uciśnięte albo zniszczone to powstaje *Hemianopia homonyma* z ostrém odgraniczeniem.

Wład. L e s s e r: **Nowy przyrząd do miejscowego znieczulania.**

Autor wychodząc z zasady, że znaczne obniżenie ciepłoty powstające w skutek szybkiego ulatniania się eteru, da się przenieść za pomocą płyt metalowych, jako dobrych przewodników ciepła, na oziębić się mające części ciała, polecił wykonać kilka przyrządów swego pomysłu i przedstawił je na tegorocznym Zjeździe chirurgów niemieckich w Berlinie. Jako zalety nadmienia on w przeciwstawieniu do dawniejszych sposobów: oszczędność w szafowaniu eteru brak zanieczyszczenia powietrza parą tegoż, usunięcie niebezpieczeństwa pożaru a w końcu możebność zastosowania tego sposobu wszędzie bez narażenia oczu, płuc itp. części na wpływy eteru. Pierwszy przyrząd, przeznaczony dla zewnętrznéj powierzchni ciała, składa się z podłużnéj skrzyneczki metalowéj (nowe srebro), któréj niektóre ściany wklęsło, inne zaś lekko wypukło są wyrobione, celem ułatwienia przylegania do różnych powierzchni ciała. W ścianach bocznych znachodzą się po dwa otwory naprzeciw siebie położone, z których tylko ta para bywa użytą, która przy różném ustawieniu przyrządu znachodzi się wyżéj, podczas gdy niższa para otworków łączy się z sobą za pomocą dwóch rurek elastycznych, obejmujących między sobą rurkę szklaną. Przez jeden z otworów górnych wlewa się tyle eteru, aby tenże dochodził do $^3/_4$ pojemności naczynia, poczém na tenże otwór nakłada się rurkę elastyczną wolno się kończącą, gdy na drugi otwór przychodzi rurka stojąca w związku z dmuchawką dwubalonikową. Wprowadzając za pomocą dmuchawki powietrze na spód eteru wywołujemy ulatnianie się jego a tém samém oziębienie naczynia. Najbardziéj oziębia się dno; przeto niém powinna być ta ściana naczynia, którą chcemy zastosować w danym przypadku. L. używał tego przyrządu ze skutkiem osobliwie w bolesnych operacyjach palców, do przecinania ropni, dymienic, wyłuszczania małych nowotworów itp. Najlepiéj działa on tam, gdzie się da krew usunąć za pomocą opaski Esmarcha. W podobny lecz nieco więcéj skomplikowany sposób urządzone są przyrządy do znieczulania szczęk, np. celem wyjęcia zęba bez bólu. Także do zamrażania preparatów mikroskopowych może być w ten sposób skrzyneczka urządzoną (*Mikrotom-Kästchen*). (*Beilage zum Centralbl. f. Chrgie* 1881, Nr. 20). *A. O.*

Wiadomości pomniejsze.

(L. K.) **Badanie octu na wolne kwasy mineralne.** H. Hager poleca zaprawić 20 cm. sz. octu, 4 cm. sz. amonijakiem, wymięszać i na łaźni wodnéj odparować. Jeżeli ocet był czysty, to pozostanie na czarce tylko ciemna plama. Jeżeli zaś ocet zawiera inne kwasy, jak winowy lub mineralne, choćby nawet w nader małych ilościach, to pozostałość będzie krystaliczną. (*Pharm. Centralhalle.* 20, 449).

(L. K.) **Czy piece żelazne mogą się stać zdrowiu szkodliwemi przez wywiązywanie tlenku węgla?** F. Fischer ważne to w higijenie pytanie rozbiera w obszernéj rozprawie i przychodzi do wniosku, że tak piece żelazne jak i przyrządy do ogrzewania powietrzem przy stósownem urządzeniu nie są wcale dla zdrowia szkodliwemi. (*Dingler's polyt. Journ.* 235, 438).

Dr. Kollmann podaje w *„Berliner klinische Wochenschrift“* Nr. 19 cztery przypadki **Caries wyleczone wcieraniami mydła szarego.** Dwa razy tygodniowo wciera mydło szare (*Saponis viridis 15·00*) z małą ilością wody wzdłuż kręgosłupa od karku aż do dołków podkolanowych, a w kwadrans lub pół godziny późniéj zmywa je wodą. Wcierania odbywać się powinny aż do zupełnego ustąpienia przypadków zapalnych. Czy wyleczenie nastąpiło tylko przypadkowo, czy je przypisać wcieraniom jeszcze z tych przypadków, autor nie przesądza. *Dr. Bogdanik.*

(K. B.) **Zaburzenia czucia w uwiądzie rdzenia pacierzowego** *(ataxie locomotrice).* Prof. Pitres w ostatnim odczycie wygłosił następujące spostrzeżenia: 1) zwyrodnienie szare sznurów tylnych rdzenia objawia się nasamprzód zaburzeniami czucia, 2) objawy bólu dają obraz charakterystyczny, tak że z nich samych wczesne rozpoznanie cierpienia jest możebne, 3) bóle mogą mieć siedlisko w rozmaitych częściach ciała (odnogach, twarzy, trzewach) i poprzedzają zaburzenia ruchowe na miesiące lub lata, 4) mogą stanowić jedyny objaw ataksyi, która wtedy prędzejby zasługiwała na nazwę tabes. *(Journal de méd. de Bordeaux)*.

(K. B.) **Konopie indyjskie w cierpieniach macicy.** Dr. Michel zwraca na nowo uwagę na zapomniane w ostatnich czasach konopie indyjskie podnosząc przedewszystkiém ich wartość leczniczą w cierpieniach macicy. Wnioski do jakich doszedł używając tego środka, są następujące: w dawce umiarkowanéj działają konopie indyjskie jako *excitans* i *stimulans*, w dawce wysokiéj jako *sedativum* aż do *hypnoticum.* W pląsawicy, tężcu, obłędzie opilczym, nerwobólach skuteczność ich jest dowiedzioną, niemniéj korzystnie jednak działają w cierpieniach macicy, przedewszystkiém krwotokach macicznych. W tym ostatnim przypadku przepisuje je M. w następującéj formie:

Rp. *Tinct. cannab. ind. 2,0*
Aq. dest. 120,0
Syr. simpl. 30,0.
S. Łyżkę co 5 lub 6 godzin. (*Paris médical).*

(K. B.) **Szaleństwo urazowe, trepanacyja czaszki.** W okolicę kości bocznéj lewéj został uderzony przez konia kopytem mężczyzna lat 41 liczący, w skutek czego nastąpiło złamanie czaszki z wgnieceniem odłamków. W 3 tygodnie po tym przypadku, kiedy się zgłosił do szpitala Hôtel-Dieu w Lyonie, okazywał objawy szaleństwa uwydatniającego się zaburzeniami umysłowemi pod postacią obłędu gwałtownego bez gorączki, bez białkomoczu lub cukrzycy. Ponieważ przez kilka dni pobytu w szpitalu stan chorego się nie poprawiał, przystąpił Dr. Mollière do wykonania trepanacyi w miejscu istniejącéj jeszcze małéj ranki zatokowatéj, przy czém wydobył sześć odłamków; opony okazały się prawidłowe. Opatrunek Listera, lód na głowę. Stan umysłowy chorego nagle się poprawił, pozostał tylko pewien brak pojętności, pewne rozdrażnienie na wspomnienie przypadku, który go spotkał, a o którym nie miał jasnego wyobrażenia, w $3\frac{1}{2}$ miesiącach jednak wszystkie te objawy znikły, chory był zdrów zupełnie. (*Lyon médical*)

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 3 lutego 1881.

Przewodniczący kol. prof. Domański. Członków obecnych 28. Jako gość lekarz pułkowy Dr. Weber.

1) Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z poprzedniego posiedzenia wybrano członkiem czynnym Towarzystwa Dra Hilarego Schramma.

2) Kol Obaliński przedstawił chorego z oddziału chirurgicznego św. Łazarza, który przybywszy tamże w połowie grudnia opowiadał: że od kilku tygodni cierpi na obrzęk w okolicy kąta szczęki lewéj i za uchem lewém, który jakkolwiek niebolesny, sprawiał sztywność szyi i karku, i z tego właśnie powodu zgłosił się chory do szpitala. Przez cały czas obserwacyi szpitalnéj, a więc prawie przez 6 tygodni, nie uważano gorączki ani téż bolesności; guz był rozlany, twardy, ze skórą nieco zaczerwienioną, we fałd ująć się niedającą zrosły, nieprzesuwalny, zajmował okolicę kąta szczęki dolnéj lewéj i dochodził aż poza granicę mięśnia schylacza głowy, ku dołowi zaś aż do obojczyka. Rozpoznanie było tu trudném, najprawdopodobniejszém zdawało się przypuszczenie raka; uwzględniając jednakże, że cierpienie to nie trwając długo tak wielkie przybrało rozmiary, następnie że raki pierwotne w gruczołach limfatycznych, coby w tym przypadku przypuścić należało, nader rzadko się wydarzają, musiano myśleć także o chorobie w ostatnich czasach przez Israela w Berlinie, Ponfika we Wrocławiu i Rosenbacha w Getyndze obserwowanéj, mianowicie o aktynomykozie. Tych kilka przypadków w literaturze wymienionych, w przebiegu tak się przedstawiały, że rozpoznanie długi czas się chwiało między nowotworem rakowym, a guzem wywołanym przez grzybki zwane *actinomyces* (*Strahlenpilze*); w przedstawionym przypadku również do ostatniéj chwili można było być jeszcze nie zdecydowanym, w ostatnich dniach jednakże wystąpiły liczne guzki, do koła nowotworu rozsiane, które przemawiają więcéj za istotą nowotworu rakową.

Kol. prof. Rosner, w dyskusyi nad tym przedmiotem, zwraca uwagę na przypadki Ponfika i Israela. Ponfik bowiem twierdzi, że przypadki, w których *actynomycosis* w szczęce występuje, biorą zwykle początek od spruchniałego zęba, i w którym się grzyb rozplenia a następnie toruje sobie drogę do tkanki łącznéj sprawiając zapalenie okostny z następowym obrzękiem; utrzymuje on nadto, że choroba ta przytrafia się najczęściéj u zwierząt i dziwnym sposobem obserwował ją tylko u roślinożernych, nadto obserwował jeden przypadek u człowieka, który miał z takiém zwierzęciem do czynienia. Israel opisuje 3 przypadki, w których powstawały ropnie przyrzutowe, po obrzękach wywołanych temi grzybami.

3) Kol. Jan Rosner przedstawił chorego z oddziału Docenta Dra Pareńskiego z rozsianemi licznie po całém ciele większemi lub mniejszemi naroślami mięsakowemi (*fibroma molluscum*). Jeden z tych nowotworów usadowiony w okolicy lewéj klatki piersiowéj, pomimo operacyi, dokonanéj przed 16 laty przez prof. Bryka, przybrał ponownie znaczne rozmiary i przedstawia się obecnie jako guz torbowaty, usadowiony szeroko w okolicy 3go żebra po stronie lewéj sięgający ku dołowi poniżéj łuku żebrowego. Z opisu podanego wyjmujemy jeszcze, że rozbiór mikroskopowy, dokonany przez prof. Browicza, wykazał budowę mięsakom właściwą.

4) Kol. prof. Domański zdał sprawę z dotychczasowych czynności komitetu w sprawie adresu dla prezesa Majera a nakoniec odczytał wezwanie od zarządu „Czerwonego Krzyża“ zapraszające do przystąpienia. *Dr. Stanisław Balicki.*
sekretarz.

VI. Ostatnie dni zakładów kontumacyjnych w Galicyi i Bukowinie.

Skreślił Dr. A. Barański
docent Uniwersytetu Jagiellońskiego.

(Dokończenie. Patrz Nr. 22).

U nas utrzymały się jeszcze zakłady kontumacyjne jako zabytki dawniejszych czasów na granicy podolskiéj, wołyńskiéj, besarabskiéj i rumuńskiéj; są one następujące: Kozaczówka, Husiatyn, Podwołoczyska, Skała, Brody, Nowosielice, Zuryn, Sinoutz, Itzkany i Kornuluncze. Mniemano bowiem, że dla dobrobytu kraju niezbędném jest wprowadzenie bydła rasy stepowéj, a mianowicie bydła rzeźnego. Mniemanie to w czasach dawniejszych o tyle miało pewną podstawę, iż Austryja wyprowadzała bydło rzeźne nietylko do Niemiec lecz nawet do Francyi i Anglii. Dziś atoli, gdy Anglija sprowadza ogromne ilości mięsa świeżego z Ameryki, a granice niemieckie i angielskie zamknięte są od lat kilku dla wywozu bydła rogatego z Austryi, nastąpiła stagnacyja w handlu bydła rzeźnego. Oprócz tego Austryja nie potrzebuje wcale wprowadzać bydła rogatego z Rosyi, gdyż jak statystyka wykazuje, hoduje ona daleko więcéj bydła aniżeli sama zużytkować jest w stanie. Dowiedzioną jest rzeczą, że Austryja mniej bydła wprowadza, daleko więcéj zaś wyprowadza. Dodawszy do tego, że z czasem otwartą zostanie dla wywozu bydła rogatego i granica bośniacko-węgierska, to obawa braku bydła rzeźnego miejsca mieć nie może. Nie podlega to najmniejszéj kwestyi, gdyż Bośnia, która dzisiaj nadwyżkę bydła swego wysyła do Włoch, z otwarciem granicy węgierskiéj zwróci swój handel ku Wiedniowi. Z tych przyczyn zniesione zostaną z d. 1 stycznia 1882 r. wszystkie zakłady kontumacyjne na granicy rosyjsko-rumuńskiéj, jako nieodpowiadające już duchowi czasu.

Zamknięcie granicy rosyjsko-rumuńskiéj jest uzasadnione nietylko ze względu na ciągłą obawę wprowadzenia księgosuszu do Galicyi lub Bukowiny, ma ona dla Państwa austryjackiego jeszcze i drugą bardzo ważną pobudkę. Państwo Niemieckie, uważając Galicyję, podobnie jak my Rosyję, za kraj ciągle zarażony, zamknęły granice swe tak dla wywozu bydła jakotéż i mięsa. Nie przeczę jednakowoż wcale, że zamknięcie granicy niemieckiéj nastąpiło nietylko z obawy wprowadzenia księgosuszu ale i ze względów polityki ekonomicznéj Bismarka. Podobny zakaz oddziaływa bardzo niekorzystnie na stosunki handlowe prowincyj niemiecko-austryjackich, musi być przeto staraniem rządu podobny zakaz uczynić zbytecznym przez zamknięcie granicy rosyjsko-rumuńskiéj, aby Niemcy otwarły swe granice.

Dla Galicyi i Bukowiny pociąga jednakowoż zamknięcie granicy rosyjsko rumuńskiéj pewne niekorzyści, a mianowicie dla owych gospodarstw Galicyi wschodniéj, które dotychczas przyzwyczajone były nabywać z Rosyi tanie bydło tak dla opasu jakotéż i do robót. Nikt nie zaprzeczy, że dla Galicyi wschodniéj zużytkowanie ziemiopłodów w gorzelniach i browarach nietylko odpowiada zasadom gospodarstwa racyjonalnego, lecz nadto przynosi i znaczne korzyści. Przerabiając bowiem zboże celem otrzymania przetworów wyskokowych gospodarz może spożytkować także odpadliny do opasu bydła a oprócz tego zyskuje na nawozie, tak iż zwrócić może roli napowrót wszystkie pierwiastki, jakie z niéj wyciągnął. Do opasu potrzebną jest znaczna ilość bydła taniego, któréj dotychczas dostarczały zakłady kontumacyjne. Z powodu zamknięcia granicy rosyjsko-rumuńskiéj zachodziłaby obawa, że nie będzie można otrzymać dostatecznéj ilości bydła do opasu, czyli że tém samém poniosą gospodarstwa znaczny uszczerbek. Przypatrzywszy się jednakowoż bliżéj stosunkom przywozu i wywozu bydła rogatego, uznamy bezzasadność wyż wspomnionéj obawy. Porównanie ilości bydła rogatego wprowadzonego przez zakłady kontumacyjne w ciągu jednego roku z ilością wywożonego wykazuje następujący wynik:

Przez zakłady kontumacyjne wprowadzono do Galicyi w roku ubiegłym bydła rogatego w okrągłéj sumie	31.500 szt.
do Bukowiny	27.500 „
Razem . . .	59.000 szt.
Z 31.500 sztuk do Galicyi wprowadzonych pozostało w kraju dla opasu lub gospodarstwa w ogóle	18.000 szt.
Z zakładów kontumacyjnych w Podwołoczyskach i Brodach wysłano wprost do Wiednia	13.500 „
W Bukowinie pozostało dla potrzeb miejscowych	10.000 „
Wysłano na zachód do konsumcyi	17.000 „
Przeto pozostaje się w Galicyi i Bukowinie bydła	28.000 „
Przechodzi zaś tylko przez kraj	31.000 „
Bydła własnego chowu wysyła Galicyja i Bukowina na targ wiedeński rocznie około . .	32.000 szt.
Mięsa wołowego . . . . 5,000,000 kilogramów czyli około	15.000 szt.
Cieląt zabitych	48.000 szt.

Z podanych tutaj liczb okazuje się: 1) że Galicyja wcale nie potrzebuje wprowadzać bydła rasy stepowéj, 2) że istnienie zakładów kontumacyjnych, nawet ze względu na potrzeby lokalne, nie ma najmniejszéj racyi bytu. Gdyby więc cielęta, które obecnie do Wiednia wysyłają, w kraju pozostawały, natenczas byłaby nietylko dostateczna ilość bydła do opasu i potrzeb miejscowych, ale nawet wystarczyłaby sama przez się na zaspokojenie potrzeb Monarchii, a mianowicie Wiednia.

Tak znaczny wywóz cieląt nie wywiera jeszcze dzisiaj następstw szkodliwych na gospodarstwo krajowe, dopiero z zamknięciem granicy rosyjsko-rumuńskiéj uczuć się da skutek tego marnotrawstwa majątku narodowego. Byłoby przeto rzeczą nader ważną, aby w kołach kompetentnych zawczasu nad tém pomyślano, jakim sposobem możnaby położyć tamę wywozowi cieląt lub przynajmniéj ograniczyć go do mniejszych rozmiarów. Zakaz wywozu cieląt z Bukowiny i Galicyi wschodniéj przyczyniłby się nadto do łatwiejszego przeprowadzenia rzeczywistego zamknięcia granicy, skoro zapewniwszy dostateczną ilość bydła dla potrzeb miejscowych poskromiłby tém samém chęć zyskownego przemycania bydła.

VII. Zjazd III. lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

W ubiegłych dwóch tygodniach zapowiedziano następujące prace oryginalne:

1. O wessaniu tłuszczu w kanale pokarmowym noworodków i o zawartości tegoż w kale. (Dr. J. Kramsztyk).

2. Krytyczno-doświadczalne studyja nad zszywaniem i odtwarzaniem się nerwów (Dr. L. Wolberg).

3. Samobójstwo a obłęd (Dr. Bělohradsky z Pragi czeskiéj).

4. O zwężeniu wrodzonêm tętnicy płucnéj (Dr. Widman).

5. O ile doświadczenia Benneta i jego następców mają racyję bytu w obec współczesnego stanu artropatologii? (Dr. Zaleski).

6. O rozwoju pasorzytu *bacillus anthracis* i o zmianach wywołanych przez tegoż w naczyniach włosowatych różnych narządów, — z demonstracyją odpowiednich preparatów drobnowidowych. (Dr. Szpilman).

7. O kopalniach Olkuskich (p. W. Kosiński).

8. O badaniach celem wynalezienia soli w południowych okolicach Królestwa Polskiego (tenże).

9. O mikrotelefonie (Dr. J. Ochorowicz).

Dr. Wolberg przyjął nadto referat dotyczący kwestyi naciągania nerwów.

Na wniosek pana Władysł. Zielińskiego dentysty z Warszawy uchwalił Wydział ustanowić sekcyję dentystyczną, w któréj poddane zostaną do dyskusyi następujące przez tegoż proponowane pytania:

1) Jakie są wskazania i przeciwwskazania do wyjmowania zębów w ogólności i czy są jakie przeciwwskazania do téjże operacyi u kobiet podczas ciąży, karmienia lub miesiączkowania.

2) Jakie zdarzają się przypadki po wyjęciu zębów.

a) Jaka jest najlepsza metoda leczenia w czasie powstania krwotoku po wyjęciu zęba.

b) Jaki jest najlepszy sposób leczenia w razie poszarpania, — porozdzierania miękkich części, — w razie tworzenia się ropni, fistuł itd.

c) Jak należy leczyć powstałe po wyjęciu obrażenia w kości szczękowéj, — a jak leczyć złamania szczęki.

d) Jakiéj należy użyć manipulacyi i opatrunku przy zwichnieniu szczęki.

e) Co należy przedsięwziąć w razie wpadnięcia zęba do krtani lub tchawicy, a co w razie połknięcia wyjętego zęba.

f) Jakie mogą nastąpić choroby nerwowe po wyjęciu zęba i co w nich przedsięwziąć należy.

3) Jaki jest najradykalniejszy sposób leczenia trudnego wyrzynania się zęba mądrości.

4) Jakie i kiedy są wskazania lub przeciwwskazania do replantowania i transplantowania zębów i jaki jest najlepszy sposób wykonania téj operacyi.

Bytność swą na Zjeździe przyrzekli z Czechów prócz wymienionych już poprzednio: Dr. Bělohradsky i Dr. Wawra, obaj z Pragi czeskiéj.

Jak z dotychczasowych sprawozdań wynika, zapowiadają coraz liczniéj koledzy lekarze i przyrodnicy z rozmaitych okolic swoje prace, których dotąd wcale poważna ilość się uzbierała. Wydział oczekuje jednak dalszych zgłoszeń się z odczytami i uprasza kolegów nadesłać je najdaléj do 15go czerwca, aby ostateczny program Zjazdu mógł być ułożony i kolegom rozesłany.

Wydział gospodarczy postanowił wydawać podczas Zjazdu „Dziennik Zjazdu“, pismo codzienne, poświęcone sprawom Zjazdu, i przyjął program tego pisma według propozycyi Doc. K. Grabowskiego. Wydawanie kart legitymacyjnych (kart uczestnictwa) dla członków Zjazdu rozpoczęło się już, a wnosząc z liczby kart dotąd wydanych udział członków będzie prawdopodobnie liczny. Uwzględniając, iż wielu lekarzy i przyrodników przybędzie na Zjazd z swojemi rodzinami, postanowił Wydział obok kart legitymacyjnych (koloru różowego) wydawanych członkom Zjazdu (lekarzom i przyrodnikom) wydawać podobne karty (koloru białego) osobom pragnącym uczestniczyć w posiedzeniach publicznych i wspólnych wycieczkach. Karty obydwóch rodzai pierwsze po cenie 5 złr. (4 rub. 30 kop.), drugie po 2 złr. (1 rub. 70 kop.) wydaje w Krakowie podskarbi Zjazdu Dr. D. Wierzbicki (ogród botaniczny).

Kraków 31 maja 1881.

Przewodniczący Wydziału gosp. III Zjazdu.
Prezes Tow. lek. krak. Doc. Dr. *H. Jordan.*

Dr. *Jan Rosner*, Sekretarz. Prof. Dr. *E. Janczewski.*

VIII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

C. k. kraj. Rada zdrowia. Na posiedzeniu dnia 7go marca b. r. uchwalono jednomyślnie oświadczyć się przeciw nadaniu zezwolenia na otwarcie trzynastéj publicznéj apteki we Lwowie: uchwalono wnioski co do wydania przepisów normujących szczepienie ochronne od ospy w miastach; przedstawiono najodpowiedniejszych kandydatów na trzy nowoutworzone posady weterynarzy powiatowych w Bochni, Mielcu i Tarnowie; wreszcie przyjęto sprawozdanie weterynaryjne na rok 1879.

Na posiedzeniu dnia 28go marca odczytano odezwę świetn. Wydziału krajowego z 15go lut. 1881 l. 6.609 jako odpowiedź na memoryjał Rady zdrowia w sprawie uchwał wys. Sejmu z 15go i 21go lipca 1880; uchwalono przedstawić dwóch kandydatów na opróżnioną posadę weterynarza powiatowego w Jarosławiu; uchwalono zażądać bliższych szczegółów w sprawie udzielelenia zezwolenia na otwarcie apteki w Bukowsku w powiecie Sanockim. W celu obmyślenia środków. któreby ograniczyć mogły sprzedaż t. zw. leków uniwersalnych oraz sprzedaż leków homeopatycznych przez osoby do tego nieuprawnione, uchwalono wybrać komisyję, do któréj prócz trzech z grona Rady zdrowia wybranych członków wejdą jeszcze reprezentanci gremijum aptekarskiego Galicyi wschodniéj.

Na posiedzeniu 22go kwietnia 1881 wybrano do komisyi, mającéj zbadać sprawę moczenia lnu i konopi, jednego członka z grona Rady zdrowia; załatwiono jednę sprawę osobistą; daléj zostały odczytane wykazy statystyczne o ruchu prostytutek z ostatnich trzech lat z miasta Lwowa, Krakowa i Brodów, uchwalono szereg wniosków mających na celu poprawienie tych wykazów w przyszłości i wybrano komisyję do zbadania przyczyn wzmagania się we Lwowie chorób kiłowych. Uchwalono oświadczyć się przeciw udzieleniu koncesyi na otwarcie apteki publicznéj w Tyczynie, natomiast za udzieleniem takiéjże koncesyi dla Radomyśla za Sanem; w końcu uchwalono oświadczyć się za udzieleniem koncesyi na otwarcie zakładu zdrojowo kąpielowego w Desznie pod Rymanowem, na sprzedaż wody mineralnéj z tych zdrojów i na wyrób i sprzedaż soli z ługu téj wody.

Statystyka epidemij W tygodniu 19 (do 7 maja) ospa rozszerzyła się bardziéj w Londynie. Leczyło się w szpitalach 1095, świeżo zapadło 384, umarło 88. W Budapeszcie umarło 11, w Wiedniu 17, w Paryżu 21, w Rzymie 4, w innych większych miastach po 1 W Filadelfii umarło od 10—16 kwietnia 37 Z duru brzusznego umarło w Paryżu 40, w Petersburgu 68. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 70, w Maladze 7, w Saragossie 3 W Londynie szerzy się bardziéj odra, z któréj umarło 81. W tygodniu 20 (do 14 maja) umarło w Krakowie: 1 z ospy, 2 z odry, 3 z błonicy, 4 z duru osutkowego, 1 z gorączki połogowéj, 1 z kiły, a doniesiono w tymże czasie: o 7 przypadkach ospy, 33 odry, 3 płonicy, 6 błonicy, 2 krztuśca, 7 duru brzusznego, 39 duru osutkowego, 1 róży,

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 19 (do 7 maja) umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 55,7; w Poznaniu 37,1; w Wiedniu 32,2; w Budapeszcie 37,6; w Pradze 42,5; w Berlinie 23,8; w Wrocławiu 37,7; w Gdańsku 34,0; w Dreźnie 27,4; w Lipsku 23,0; w Bazylei 28,5; w Brukseli 24,5; w Amsterdamie 24,7; w Hadze 30,0; w Paryżu 28,3;

w Londynie 20,7; w Kopenhadze 31,4; w Stokholmie 28,7; w Chrystyjanii 18,2; w Petersburgu 68,9; w Odesie 27,1; w Rzymie 28,2; w Wenecyi 21,1; w Bukareszcie 28,1; w Madrycie 30,0; w Barcelonie 24,3; w Aleksandryi 39,5; w Bombaju 36,6; w Madrasie 49,2.

J. B.

Sprawozdanie o śmiertelności

w miastach Galicyi liczących nad 15.000 ludności od 2 stycznia do 2 kwietnia 1881. (Kwartał pierwszy).

Nazwa miasta	Ludność według obliczenia z 31/XII 1880.	Liczba zmarłych bez nieżywo urodzonych	Stosunek zmarłych obliczony na 1000 mieszkańców i na rok	Wiek zmarłych: 1 rok	2—5 lat	6—20 lat	21—40 lat	41–60 lat	60 i wyżéj	wiek nieznany	Przyczyna śmierci – Choroby zakaźne: Ospa	Odra	Płonica	Dławiec i błonica	Krztusiec	Dur brzuszny	Dur plamisty	Cholera	Czerwonka	Gorączka połogowa	Inne choroby zakaź.	Inne panujące choroby: Suchoty płuc	Zapalenie płuc, krtani i tchawicy	Inne ostre choroby narządu oddechow.	Udar	Ostry gościec stawowy	Zapalenie jelit	Choleryna	Wszystkie inne choroby	Śmierć gwałt.: Śmierć przypadkowa lub nieznana przycz.	Samobójstwo	Morderstwo lub zabójstwo
Lwów	110 252	1033	37.4	199	161	84	169	208	212	—	6	2	18	42	9	16	—	—	2	6	—	228	220	15	24	—	17	—	417	5	6	—
Kraków	67.000	665	39.7	116	117	58	129	125	120	—	31	20	22	23	5	19	9	—	3	5	10	74	171	28	6	1	29	—	205	2	1	1
Brody	19.804	164	33.1	34	23	9	25	36	37	—	—	—	9	10	3	3	—	—	—	—	—	16	17	9	2	—	2	—	92	—	1	—
Drohobycz	18.172	198	43.5	55	22	17	37	35	32	—	—	5	3	4	—	22	—	—	1	—	—	13	18	37	1	1	11	—	81	1	—	—
Kołomyja	24.662	277	44.9	90	60	34	25	35	33	—	16	1	9	13	—	1	—	—	—	2	—	15	63	3	8	—	1	—	144	—	1	—
Przemyśl	21.984	202	36.7	61	25	15	32	37	32	—	—	—	—	12	14	7	3	—	—	2	—	32	29	7	—	—	9	—	84	2	—	1
Stanisławów	18.084	178	39.3	66	15	14	25	32	25	1	—	—	—	5	3	5	2	—	—	1	—	19	16	2	—	—	2	—	123	—	—	—
Tarnopol	24.847	249	40.0	73	35	24	26	40	49	2	—	1	3	32	—	11	2	—	—	—	—	38	29	—	2	—	—	—	123	8	—	—
Tarnów	24.006	330	55.0	61	56	42	57	63	51	—	57	—	—	12	—	12	—	—	—	—	—	39	87	—	4	—	27	—	89	3	—	—
Razem	328.811	3296	40.0	755	514	297	525	611	591	3	110	29	64	153	31	96	16	—	6	16	10	474	650	101	47	2	98	—	1358	21	9	2
Odsetki ogólnéj liczby zmarłych:				22.9	15.5	9.0	15.9	18.5	17.9	0.09	3.3	0.8	1.9	4.6	1.0	2.9	0.4	—	0.18	0.4	0.30	14.3	19.7	3.1	1.4	0.06	2.9	—	41.2	0.6	0.27	0.06

dzieci niżéj 5ciu lat 38.4%; choroby zakaźne: 534=16.2%; 37.1%

Dr. Merunowicz.

IX. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 2 czerwca. Sprawa szkoły weterynarskiéj we Lwowie blizką jest załatwienia pomyślnego. Potrzeba tylko jeszcze uchwały Izby Panów Rady Państwa, a z d. 1 października rb. rozpocznie się pierwszy kurs; przedtém nastąpi nominacyja dyrektora i profesora anatomii. Na posady te przedstawieni są prof. Seifmann, obecnie w Charkowie, i docent Kadyi w Krakowie.

* Wiadomo, że Tow. lekarskie krak. w sprawie chorób połogowych rozesłało przed kilku tygodniami kwestyjonaryjusz do lekarzy w kraju praktykujących, z prośbą o nadesłanie odpowiedzi do d. 1 bm. Otóż pomimo, że rozesłanych zostało około 700 egzemp., dotąd tylko 10 lekarzy odpowiedziało na pytania. W skutek tego termin przedłużony zostaje do 1 lipca rb. a komisyja jeszcze raz uprasza kolegów, aby dobréj sprawie nie odmówili swego poparcia.

* W Cieplicach czeskich do d. 26 maja bawiło gości kąpielowych 1167.

* **Wiedeń** Teresa Hellerowa, na któréj d. 29 stycznia rb. prof. Billroth wykonał szczęśliwie pierwszą resekcyję żołądka, umarła d. 23 maja we Wiedniu, a sekcyja uskuteczniona przez Dra Zemanna wykazała, że przyczyną śmierci był rak powrotny, wychodzący najprawdopodobniéj z gruczołów limfatycznych pozaotrzewnowych a rozpostarty po otrzewnie tak ściennéj jak jelitowéj. Postać żołądka okazała się naturalną pomimo, że wycięty został z niego kawał 14 cm długości mający, a pod względem wielkości równał się żołądkowi mocno skurczonemu. Miejsce, gdzie żołądek spojony został z dwunastnicą, było drożne dla palca dużego, a spojenie tak dokładne, że zaledwie rozpoznaném być mogło. *(W. med. Woch.)*

* **Mianowania i odznaczenia**. Posadę lekarza ordynującego w Charité, opróżnioną po śmierci Waldenburga, otrzymał prof. Senator. — Docent Dr. Fuchs we Wiedniu powołany został na katedrę oftalmologii w Leodyjum w Belgii. — Dr. N. Iwanowski mianowany został profesorem anatomii w Akademii lek. chirurg. w Petersburgu.

* **Nekrologija**. D. 26 maja umarł we Wiedniu profesor anatomii patologicznéj, radca dworu Dr. Ryszard Heschl. Urodzony w Wellsdorf w Styryi w r. 1825 ukończył gimnazyjum w Gracu, nauki lekarskie we Wiedniu, gdzie w r. 1849 otrzymał dyplom doktorski i wybrany został przez Rokitańskiego asystentem; w r. 1854 otrzymał katedrę anatomii w Ołomuńcu, w roku następnym katedrę anatomii patologicznéj w Krakowie, gdzie pozostał aż do r. 1861; z powodu zaprowadzenia w tym roku wykładów polskich w Uniw. Jagiell., H. przeniósł się do Gracu, a w r. 1875 mianowany został profesorem anatomii patolog. we Wiedniu.

W Solcu umarł d. 21 maja z duru Dr. Władysław Trepka w 43 roku życia.

* **Konkurs**. W Szczucinie w pow. dąbrowskim opróżnioną jest posada lekarza miejskiego z płacą roczną 200 zła. i wolném pomieszkaniem. Drowie medycyny mają się zgłosić do zwierzchności gminnéj.

Artykuły oryginalne mieszczące się w czasopismach polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 22: Sokołowskiego: O zwężeniu przymiotowém dolnéj części gardzieli; Przewóskiego: O wstrząśnieniach różnych części układu nerwowego i innych organów (c. d.). W *Medycynie* Nr. 22: Bielińskiego śp. A. F. Adamowicz, wspomnienie pośmiertne; Skórczewskiego: Bóle głowy, ich przyczyny, rozwój i leczenie (c. d.); Wszebora: Wiadomość o tyfusie wysypkowym w szpitalu św. Rocha w Warszawie.

Redakcyja otrzymała:

Dr. Wł. LESSER (w Lipsku): Einige Bemerkungen zu dem Aufsatze des Hn. Prof. Hoppe-Seyler über die Veränderungen des Blutes bei Verbrennungen der Haut. in 8vo str. 5.

Tegoż: Demonstration zur lokalen Anästhesirung. (Osobne odbicie z dodatku do „Centralbl. f. Chirurg." 1881, Nr. 20), in 8vo str. 4, z ryciną.

Sprostowanie. W Nrze 22 Przegl. Lek. na str. 298, w szpalcie 2giéj, wiersz 20 od góry, po słowach: *„parenchymatosa acuta"* brakuje *hepatis*.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Dr. ANJELA

Zakład wodoleczniczy w Zuckmantel

(na Szląsku austryjackim)

Najbliższa stacyja kolei żelaznéj **Ziegenhals** jest o milę odległą. Leczenie za pomocą elektroterapii, mięsienia, kąpieli z igliwija. Zakład jest przez cały rok otwartym.

APTEKA pod KORONĄ

J. TRAUCZYNSKIEGO

w Krakowie

Utrzymuje wszystkie **wody mineralne** tak krajowe jak i zagraniczne zawsze świeżego czerpania.

Nadto utrzymuje na składzie zawsze **krowiankę styryjską**

Prócz tego znajdują się zawsze na skladzie: Pigułki Cauvina Morisona, Blancarda z żelazem, Valeta z Digitalinem, Dra Croniera zadawane w newralgijach z pepsinem, rozczyn żelaza Lerasa, syrup wapna Grimaulta, syrup Churchilla z wapnem, żelazem, sodą; wino chinowe z Cacao Bugeaud, Quina Laroche. — MĄCZKA SZWAJCARSKA dla małych dzieci zastępująca zupełnie pokarm naturalny ordynowana przez wielu lekarzy. — INSTRUMENTA chirurgiczne, — BANDAŻE różnego rodzaju, pojedyncze i podwójne rupturowe, pępkowe, — PASY brzuszne kobiece, — PESSARIA, — PONCZOCHY jedwabne na obrzękliny, — STETOSKOPY, — PLESSIMETRY — ODCIAGACZE, pokarmowe dla kobiet, — PŁOTNO kauczukowe, — FLASZKI do karmienia dzieci, — INHALATORY do wdychiwań przy gardlanych chorobach, — NARZĄDY do wdmuchiwań gardlanych, — PULVERYZATORY, — SONDY żołądkowe, — CATETERY, — BOUGIE, — PODUSZKI KAUCZUKOWE, KAPELUSIKI kauczukowe ochraniające bolesne brodawki u kobiet w czasie karmienia, — RESPIRATORY, — KLISOPOMPY metalowe i kauczukowe tak do lewatyw jak i do wstrzykiwań, — IRRYGATORY Dra Eguisiera, — WSTRZYKAWKI, — TUSZOWNICE, — WSTRZYKAWKI podskórne, — CIEPŁOMIERZE decimalne, — TRĄBKI do wzmocnienia słuchu, — KROPLOMIERZE. PĘCHERZE kauczukowe lub worki na lód, — SKUBANKA, — REZERWOARY moczowe, — KANKI kauczukowe, — SPECULA itd.

Na żądanie przesyła się cenniki franco.

We FRANZENSBADZIE

zum schwarzen Ross

ordynuje podczas pory kąpielowéj

Dr. KAROL DĘBICKI

Panom Lekarzom poleca się:

Löflunda pożywienie dla dzieci,
wyciąg zupy Liebiga dla osesków, jest w ciągłém użyciu w zakładach ratunkowych dla dzieci i okazuje się być dzielnym środkiem w nieżytach kiszek.

Löflunda wyciąg słodowy,
czyste zgęszczone Extr. Malti Pharm. german., przez Niemeyera i innych znakomitych klinicystów i lekarzy wielokrotnie przepisywany i zalecany.

Löflunda wyciąg słodowy z żelazem,
Extr. Malti ferrat. Pharm. german zawiera 2% Ferr. pyrophosphor. c. Ammon. citr. (w 1 łyżce 30 Ctgrm.), przetwór przez połączenie składników szczmiących i odżywczych bardzo skuteczny.

Löflunda wyciąg słodowy z wapnem,
zawierający podług Dr. Reicha 2% Calcar. hypophosphoros. (w 1 łyżce 30 Ctgrm.) dla dzieci krzywiczych i cierpiących na płuca.

Löflunda wyciąg słodowy z tranem rybim,
zawiesina złożona z równych części najdelikatniejszego norwegskiego tranu rybiego wątłuszowego i ze zgęszczonego wyciągu słodowego, rozpuszczająca się w wodzie bez wydzielenia oleju i będąca dalko łatwiejszą do zażywania i znoszenia jak sam tran rybi. (Srodek ten polecał Dr. Davies w Chicago a Löflund wprowadził w użycie).

Te przetwory firmy **Ed. Löflund w Stuttgardzie** a które na wystawach w Paryżu, Wiedniu i Filadelfii pierwsze nagrody otrzymały, dostać można **w Krakowie** w Aptekach Panów **K. Wiszniewskiego** i **W. Redyka.**

Zakład zdrojowy

TRUSKAWIEC

zostaje otwartym 25 maja 1881 r.

Kąpiele słono-siarczane i żelazisto-słono-siarczano-szlamowe, słono-alkaliczne zdroje rozrzedzające do picia. — Zdrój, zwany naftowym, znany ze swéj skuteczności.

Żętyca owcza, zapas wód lekarskich obcych, restauracyje i cukiernia.

Odległość zakładu od stacyi kolejowéj Drohobycz-Truskawiec 8 kilometr. Na dworcu znajdują się podwody wszelkiego rodzaju, zarząd przyjmuje także zamówienia na takowe.

Apteka, urząd pocztowy i telegraficzny w miejscu.

Lekarz zakładu Dr **Z. RIEGER**, krajowy radca zdrowia.

Zamówienia na pomieszkania mogą być o tyle uwzględniane, o ile dołączony zadatek ubezpiecza czas najmu.

Zarząd.

WODY LEKARSKIE

Z PAROWÉJ FABRYKI WÓD GAZOWYCH

Karola Rzący w Krakowie

aprobowane przez Świetne Towarzystwo Lekarskie w Krakowie i zalecane w odpowiednich słabościach.

Woda selcerska, nie ustępująca w niczém wodzie rodziméj.

Woda gorzka, według części składowych wody źródła Wiktoryi, lecz w smaku od niéj znacznie przyjemniejsza.

Woda z pyrofosforanem żelazowym, zawierająca znaczną ilość środka czynnego, znoszoną bywa nawet przy chorobach z wrażliwym przewodem pokarmowym.

Woda litowa, zawierająca daleko znaczniejszą ilość węglanu litowego niżli jakakolwiek woda mineralna rodzima.

Woda jodowa, przewyższająca ilością jodu wszelkie wody rodzime, jod zawierające.

Woda Vichy, według części składowych źródeł Celestyny i Grande Grille, nie ustępuje w niczém wodzie rodziméj co do ceny zaś, jest od niéj o wiele tańszą.

Składy w Krakowie: W Aptece pod Gwiazdą, ulica Floryjańska, w Aptece pod Słońcem, w Rynku głównym, w Aptece pod Złotą głową, Rynek główny, w Aptece pod Barankiem Rynek mały i w handlu p. Janigi Rynek główny.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Ulica Podwale Nr. 84.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Boulv. Voltaire 180, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 11 czerwca 1881. № 24. Rok XX.

I. Badanie przyrządu wzrokowego w celu rozpoznawania jego chorób.

Wykłady kliniczne.

Podał Prof. Dr. **Lucyjan Rydel**.

Okulistyka, wyzwoliwszy się z rąk wędrownych szarlatanów i chciwych zysku partaczy, w które w wiekach średnich popadła, doczekała się nareszcie, w drugiéj połowie zeszłego stólecia, umiejętnéj uprawy od naukowo wykształconych lekarzy. Ale dopiero jéj odłączenie się od chirurgii a zdobycie sobie odrębnych katedr w początku naszego wieku, skrzętne korzystanie z wielkich odkryć w anatomii i fizyjologii oka, przyswojenie sobie i zużytkowanie zasad optyki i nowych poglądów patologii ogólnéj, wiekopomny wreszcie wynalazek wziernika ocznego nadały rozwojowi téj gałęzi nauki lekarskiéj tak potężny i skuteczny popęd, że nadaremnie szukalibyśmy w całéj historyi nauki lekarskiéj podobnego przykładu już nie wzbogacenia się i rozrostu którejkolwiek jéj gałęzi, ale równie doszczętnego przeobrażenia i zupełnego odrodzenia w tak krótkim przeciągu czasu. Nie mogło téż okulistyki, tego niedawnego jeszcze kopciuszka nauki lekarskiéj, spotkać zaszczytniejsze uznanie niż z ust Helmholtza, który w mowie mianéj przed kilkunastu laty na Zjeździe przyrodników w Insbruku podał ją za wzór innym gałęziom nauki lekarskiéj, a to tak ze względu na wysoki stopień jéj udoskonalenia, jakotéż na ścisłe stosowanie przyrodniczéj metody badania.

Łatwo zrozumieć, że w obec tak potężnego a szybkiego rozwoju umiejętna uprawa i nauczanie okulistyki przejść musiały niebawem w ręce specyjalistów, oddających się jéj wyłącznie. W pół wieku po wstąpieniu Beera na pierwszą odrębną katedrę okulistyki (w Wiedniu 1812 r.) mógł też Graefe wyrzec śmiało, że: „jeżeli tacy mężowie jak Bowman i Donders, którzy zgłębiwszy geniuszem swoim wiedzę lekarską zwrócili się następnie do okulistyki, przyznają, że niełatwą jest rzeczą zapanować jednemu człowiekowi nad całym obszarem téj nauki, to przeciętne głowy akademickie, do których zdolności zastosowany jest plan naukowy, wyrzec się muszą chęci ogarniania i nauczania jedną częścią swojego mózgu okulistyki, a równocześnie resztą jego innéj gałęzi nauki lekarskiéj“. Słowa te, wystosowane do tych, którzy się umiejętnemu pielęgnowaniu i nauczaniu okulistyki poświęcają, a w tym zakresie tak prawdziwe, zaznaczają jak najwybitniéj stanowisko nowoczesnéj okulistyki, jako szczegółowéj, odrębnéj gałęzi wspólnego pnia umiejętności lekarskich, nie odnoszą się atoli bynajmniéj do czysto praktycznego wykonawstwa, do stosowania okulistyki do potrzeb życia praktycznego, a to wbrew zdaniu dość rozpowszechnionemu, że leczenie chorób ocznych nie może być zadaniem zwykłego lekarza praktycznego, lecz pozostać musi wyłącznym udziałem specyjalistów. Zupełnie bowiem inną jest rzeczą umiejętna uprawa i nauczanie, a inną wykonawstwo okulistyki. Pierwszemu podołać mogą przy dzisiejszym rozwoju nauki tylko specyjaliści, drugie jest aż do pewnego stopnia zadaniem i obowiązkiem każdego lekarza praktycznego, zwłaszcza na prowincyi. Nie posuwając wymagań tak daleko jak Graefe, który żądał, żeby, ze względu na nagłość niektórych przypadków jaskry, każdy lekarz wykonać umiał irydektomiję, obstawać przecież musimy przy żądaniu, żeby każdy lekarz przyswoił sobie pewien zasób wiedzy okulistycznéj, a zarazem pewien stopień wprawy i biegłości w rozpoznawaniu i leczeniu chorób ocznych. Z wyjątkiem bowiem większych miast, zamieszkanych przez specyjalistów, żaden lekarz na prowincyi nie może, choćby chciał, wymówić się zupełnie i usunąć od udzielania rady i pomocy chorym na oczy. Co do pewnéj kategoryi chorób ocznych nie można wprawdzie wymagać po każdym lekarzu nad to, żeby umiał poznać wcześnie grożące choremu niebezpieczeństwo, względnie wskazać potrzebę operacyi i czas do jéj wykonania najstosowniejszy, a to celem odesłania chorego po pomoc do specyjalisty; z leczeniem atoli przeważnéj większości, najczęstszych właśnie chorób oka, każdy lekarz praktyczny winien być dokładnie obeznanym, bo przekazywanie ich spe-

cyjaliście, częstokroć bardzo oddalonemu, jest z mnogich przyczyn czystém niepodobieństwem, a dla wielu chorych lekarz najbliższy jest i musi być jedynym i najlepszym. Ileż to ócz jednakże ulega zupełnemu zniszczeniu lub doznaje ciężkiego nadwerężenia wzroku z braku wczesnéj i umiejętnéj pomocy. Aż straszno pomyśleć o têm mnóstwie nieszczęśliwych noworodków, które zaledwie ujrzawszy światło dzienne tracą je na zawsze, marnieją fizycznie i moralnie i stają się na całe życie ciężarem społeczeństwa, zamiast użytecznymi jego członkami. Śluzotok, który ich o to kalectwo przyprawił, leczony wcześnie i należycie, kończy się tylko z nader rzadkiemi wyjątkami zupełném wyzdrowieniem, a przecież statystyka wykazuje, że 12 do 15% noworodków dotkniętych nim traci wzrok zupełnie i na zawsze, tudzież, że ci nieszczęśliwi stanowią 75% wszystkich wychowańców zakładów dla ciemnych. Zakłady te straciłyby niemal racyję bytu, gdyby każdy lekarz obeznany był należycie z leczeniem śluzotoku, niewymagającém przecież wielkich rzeczy! A jakież to przygnębiające wrażenie sprawia starzec, oślepły skutkiem jaskry, któremu specyjalista powiedzieć musi „za późno", li dla tego, ponieważ lekarz miejscowy, zapytany o radę, kazał zwlekać podróż do specyjalisty aż do dojrzenia mniemanéj katarakty, t. j. aż do nastania zupełnéj ślepoty, która w jego przekonaniu oznaczać miała czas stosowny do zdjęcia zaćmy.

Nie będę mnożył tych smutnych przykładów, nie wymyślonych bynajmniéj przy zielonym stoliku lecz zaczerpniętych z codziennego niemal życia, bo i te które przytoczyłem dowodzą, jak sądzę aż nadto, że żaden lekarz praktyczny obejść się nie może bez pewnéj wprawy w rozpoznawaniu i leczeniu chorób ocznych.

Nie mniéj potrzebną jest również znajomość okulistyki dla lekarzy sądowych. Dość jednak przejrzeć oględziny i orzeczenia sądowo-lekarskie w sprawach uszkodzeń oka, nadsyłane Wydziałowi lekarskiemu do dania ostatecznéj opinii, aby się przekonać jak mało rozpowszechnioną jest między lekarzami znajomość najprostszych sposobów badania (nie mówiąc już o badaniu wziernikowém) i zasadniczych wiadomości okulistycznych.

Ale pomijając nawet potrzebę wykształcenia okulistycznego ze względu na choroby samego oka, to jest ono dla każdego lekarza ważném ze względu na ścisły związek, zachodzący między najrozmaitszemi zboczeniami przyrządu wzrokowego a licznemi cierpieniami ustroju. Znane są powszechnie wielorakie stosunki tego rodzaju, wkraczające w patologiję innych przyrządów, a niektóre z nich mają wielką i bezpośrednią doniosłość praktyczną. Wszak zboczenia w odległych nawet przyrządach, jak serce, nerki, macica, mózg i rdzeń pacierzowy, tudzież ogólne cierpienia ustroju jak kiła, zołzy, gruźlica, cukrzyca, białkomocz, białaczka itd. uwidoczniają się nierzadko nasamprzód w przyrządzie wzrokowym a warunkiem zrozumienia pewnych części patologii ogólnéj jest znajomość okulistyki.

Mimo to wszystko ogół lekarzy nie stara się przecież o należyte wykształcenie w okulistyce, a poprzestając na najogólniejszych zaledwie w téj mierze pojęciach, na kilku w przelocie pochwyconych receptach, zaspakaja sumienie wymówką, że okulistyka jest specyjalnością, któréj oddawać się nie jest zatém rzeczą ani obowiązkiem każdego lekarza. A przecież ci sami lekarze poczuwają się do obowiązku doskonalenia się w chirurgii, położnictwie, nauce o chorobach skórnych i kiłowych itd., jak gdyby te nauki, a nawet sama medycyna wewnętrzna, nie były również odrębnemi gałęziami nauki lekarskiéj, którym liczni specyjaliści poświęcają się wyłącznie. Żadna z wymienionych nauk nie jest ani więcéj ani mniéj od okulistyki specyjalnością w obec całego obszaru nauk lekarskich, a tak jak w każdéj z nich lekarz praktyczny posiadać winien pewne wykształcenie, choć żadnéj nie oddaje się szczegółowo, tak samo têż i w tym samym stopniu uwzględniać on winien okulistykę.

Do błędnego pojmowania stosunku okulistyki do całego obszaru i pojedyńczych gałęzi nauki lekarskiéj i zaniedbywania jéj przez ogół lekarzy praktycznych przyczynia się dość rozpowszechnione, a przesadne mniemanie o trudnościach téj nauki. Do zapanowania nad całym zakresem i zgłębienia okulistyki, jakiego od specyjalisty wymagamy, potrzeba wprawdzie studyjów przygotowawczych, różnych nauk pomocniczych, długoletniéj mozolnéj pracy i doświadczenia, ale przyswojenie sobie niezbędnéj dla każdego lekarza praktycznego znajomości licznych a tak częstych chorób oka, oraz wprawy w ich rozpoznawaniu i leczeniu nie ulega bynajmniéj większym trudnościom od tych, które lekarz w zakresie innych gałęzi nauki naszéj pokonać musi. Przypadki trudniejsze, rzadsze, powikłane i wymagające operacyi odesłać on może do specyjalisty, podobnie jak to czyni z przypadkami chirurgicznemi itd.

Na brak sposobności wykształcenia się w okulistyce uczniowie w Uniwersytetach naszych użalać się nie mogą. Austryja bowiem ma tę zasługę, że uznawszy ważność okulistyki pierwsza ustanowiła osobne katedry i kliniki okulistyczne, w czém ją inne państwa, jak Francyja i Niemcy w ostatnich dopiero czasach naśladowały. Jedno coby zarzucić można naszym Uniwersytetom, to zbyt szczupły wymiar obowiązkowego uczęszczania na okulistykę przez jedno półrocze. Nauczony kilkoletniém doświadczeniem nauczycielskiém, że w tym przeciągu czasu nie podobna nabyć należytéj wprawy w rozpoznawaniu i leczeniu chorób ocznych, dokładam starań, żeby uczniowie moi wdrożyli się w klinice przedewszystkiém w systematyczne badanie i poznali dokładnie jego sposoby i środki a to w têm przekonaniu, że badając ściśle, systematycznie i umiejętnie dadzą sobie i przy mniejszéj wprawie łatwiéj radę z przypadkami okulistycznemi, które im się w przyszłéj ich praktyce wydarzą. W tym celu wykładam od lat kilku na początku każdego roku szkolnego obszernie o badaniu przyrządu wzrokowego i ćwiczę następnie uczniów przez całe półrocze w badaniu i rozpoznawaniu chorób ocznych, nalegając przy têm na ścisłe zachowanie systematycznego porządku. Zaproszony przez szanowną Redakcyję do ogłoszenia tych wykładów w łamach Przeglądu Lekarskiego czynię to têm chętniéj, ile że z wyjątkiem zbyt krótkiego rysu w podręczniku E. Meyera (po francusku 1875), przełożonym przez Blocka na język niemiecki, a przez Kośmińskiego na polski (Warszawa, 1875), tudzież niektórych wskazówek w dziele prof. Szokalskiego, wszystkie znane mi podręczniki niemieckie i francuskie zupełnie pomijają ważną rzecz o badaniu przyrządu wzrokowego.

* * *

Rozpoznanie niektórych cierpień przyrządu wzrokowego nie przedstawia wielkich trudności, bo zmiany chorobowe są tak widoczne i uderzające, że je przy niejakiéj wprawie łatwo gołém okiem spostrzedz, ich rodzaj i siedzibę oznaczyć, a pomiędzy niemi pierwotne od następczych odróżnić. W tych przypadkach jest têż i badanie proste a krótkie i nie wymaga osobliwego zachodu ani żadnych szczególnych środków pomocniczych. W innych atoli przypadkach nie jest tak łatwém

zadanie lekarza, który dopiero po szczegółowém zbadaniu wszystkich błon i środków łamiących oka, po dokładném oznaczeniu właściwéj jego czynności i należytém uwzględnieniu stanu zdrowia ogólnego i pojedyńczych narzędzi ustroju, wywiadów i uczuć podmiotowych chorego rozpoznać może trafnie istotę i siedzibę choroby. W tychto przypadkach lekarz znać musi stosowne sposoby badania, posługiwać się niemi biegle i umiejętnie, używać pewnych narzędzi optycznych i trzymać się w badaniu ściśle raz na zawsze przyjętego porządku, zastanawiając się nad pojedyńczemi częściami narządu wzrokowego w kolei, w jakiéj anatomicznie z przodu ku tyłowi po sobie następują. Ścisłego zachowania takiego porządku w badaniu, bez którego i najbieglejszy nie obejdzie się w przypadkach trudnych, nie mogę dość zalecić uczącym się i w ogólności mniéj wprawnym w każdym przypadku. W ten tylko bowiem sposób początkujący nabyć może w stosunkowo krótkim czasie jakiéj takiéj wprawy i pewności w rozpoznawaniu, a mniéj doświadczony ustrzedz się przeoczeń i pomyłek, częstokroć wcale nieobojętnych dla dobra chorego i swojéj własnéj reputacyi.

Jak rozpoznawanie innych chorób ustroju tak też i rozpoznawanie chorób ocznych opiera się na dwóch gromadach przypadów. Pierwszą z nich — gromadę przypadów przedmiotowych — stanowią te wszystkie zmiany chorobowe, które lekarz za pomocą zmysłu widzenia i dotykania spostrzega; do drugiéj należą objawy podmiotowe, mianowicie wszelkie zboczenia właściwéj czynności oka, bóle i inne uczucia nieprawidłowe, których chory doświadcza. Tak jedne jak i drugie ważne są dla lekarza, nie ma przecież wątpliwości, że najpewniéj polegać możemy na tém, co sami, za pomocą własnych zmysłów, spostrzeżemy, że więc objawy przedmiotowe, niezawisłe od względnych i nieokreślonych skarg chorego, od jego zeznań często chwiejnych, niejasnych i bałamutnych, a niekiedy nawet z umysłu nierzetelnych, dają lekarzowi nierównie większą pewność, a tém samém stanowić muszą główną podstawę jego sądu. Jest to tak dalece prawdą, że właśnie te z przypadów podmiotowych, co do których nie potrzebujemy polegać wyłącznie na zeznaniach chorego, mogąc je do pewnego stopnia sprawdzić przedmiotowo, jak wszelkie zboczenia czynności oka, nabierają pod względem rozpoznawczym szczególniejszego znaczenia, jakiego innym, czysto podmiotowym przypadom, przyznać nie podobna. Skoro więc przypady przedmiotowe stanowią główną podstawę rozpoznania, od nich tedy rozpoczynać należy badanie, a dopiero następnie uzupełniać obraz chorobowy objawami podmiotowemi i szczegółami odnoszącemi się do wywiadów.

Śledzenie przedmiotowych zmian chorobowych odbywa się, jak już nadmieniłem, w małéj części za pomocą obmacywania, głównie zaś za pomocą oglądania; a ta ich przystępność dla najdoskonalszego z naszych zmysłów jest właśnie jedną z okoliczności zapewniających rozpoznawaniu chorób ocznych tę ścisłość i pewność, które je czynią wzorem dyjagnostyki lekarskiéj.

Oglądać możemy już to okiem gołém, już też uzbrojoném w lupę lub wziernik, posługując się w miarę potrzeby i okoliczności światłem dzienném lub sztuczném.

Całość badania przyrządu wzrokowego składają zatém trzy części, a mianowicie:

1) Poszukiwanie zboczeń i zmian chorobowych w częściach dodatkowych przyrządu wzrokowego, jako też w częściach przodkowych saméj gałki ocznéj, odbywające się już to przy świetle dzienném, okiem gołém lub za pomocą lupy, już też przy świetle sztuczném za pomocą tak zwanego oświetlenia ogniskowego czyli bocznego.

2) Badanie środków łamiących i dna oka za pomocą wziernika.

3) Oznaczenie wszelkich zboczeń właściwéj czynności oka i uczuć nieprawidłowych.

Pierwsze i drugie stanowi część przedmiotową, trzecie zaś część podmiotową badania.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Z oddziału Docenta Dra Pareńskiego.

Zapalenie opon mózgowych i rdzenia pacierzowego nagminne.

(Meningitis cerebrospinalis epidemica).

(Sprawozdanie z przypadków leczonych w szpitalu ś. Łazarza w latach 1876—1880).

Skreślił Dr. **Wład. Ant. Gluziński.**

(Odczyt miany na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego).

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 23).

IX. Rozalija G., l. 26, służąca, przyjęta d. 21 lutego 1879. Przez 4 dniami dreszcz, potém ból głowy i odnóg. Odżywienie dobre, ciepł. 40·6° C., tęt. 108. Język suchawy. W płucach zmian nie ma; tony serca głuche; śledziona od 8 żebra na 2 palce pod łukiem macalna. *Herpes* na wardze górnéj, podniebieniu twardém i miękkiém; różycowate zaczerwienienia na skórze goleni i przedramionach. Przechylenie głowy ku przodowi niemożebne, mięśnie karkowe miernie napięte, bóle głowy, karku i krzyżów; mierna przeczulica. W moczu spory ślad białka; brak stolca od 3 dni. Dziesięć dni z rzędu ciepłota utrzymywała się podniesioną między 38—39° C., tęt. 72—104; silne bóle głowy i karku. Dzień 6/III był pierwszy z ciepłotą prawidłową, odtąd przypady wszystkie ustępowały, rekonwalescencyja przedłużyła się jednak przez wystąpienie róży na twarzy.

X. Stanisław G., l. 14, przybył d. 27 kwietnia 1879. Przed 3 dniami nagle rozpoczęła się choroba od wymiotów, biegunki, silnego bólu głowy, majaczenia. Budowa mierna; odżywienie liche. Ciepł. 38·2° C., tęt. 120. Płuca i serce prawidłowe; śledziona macalna. Głowa w tył wygięta, stos pacierzowy stanowi liniję prostą. *Herpes* na wardze górnéj. Ból głowy i wzdłuż stosu pacierzowego szczególniéj jednak w karku. Dalszy przebieg nie przedstawiał nic ciekawszego. Ciepłota z wyjątkiem kilku podskoków utrzymywała się prawie w granicach prawidłowych; tętno nieproporcyjonalnie szybkie, bo 100—112 wynoszące. W 7 dniu choroby utracił chory słuch. D. 1/V pojawił się ból w stawie barkowym lewym, który, podobnie jak ból głowy i stosu kręgowego, jużto zwalniał jużteż wzmagał się i aż koło 29/V razem z tamtemi i z napięciem mięśni karkowych ustąpił. W dniu 7/V i 8/V dość znaczne cieczenie krwi z nosa. Śledziona wśród choroby powiększyła się, a w d. 19/V sięgała od 8 żebra i była wyraźnie macalną. Stolec tylko za pomocą środków przeczyszczających. W d. 16 czerwca chory opuścił szpital w zupełnie dobrym stanie zdrowia, jednak niedosłyszenie pozostało znacznego stopnia.

XI. Maryjanna B., l. 33, żona wyrobnika, przyjęta d. 29 maja 1880. Po jednorazowym dreszczu w dniu poprzedzającym nagła utrata przytomności. *St. praesens* d. 29/V.

W wewnętrznych organach zboczeń nie ma; śledziona niepowiększona. Mięśnie karkowe napięte; chora nieprzytomna, niespokojna. Między 30/V—13/VI ciepłota 38—39·7° C., tętno 78—96; w d. 31/V odzyskanie przytomności, która w ciągu całéj choroby już nie została zamąconą. Napięcie mięśni karkowych w jednéj mierze. Ból głowy nadzwyczaj silny, wzdłuż stosu pacierzowego mniejszy. Chora całe noce spędzała bezsenne, często niespokojna. W d. 2/VI *herpes* na wardze górnéj; w d. 6/VI i 14/VI objawy zapadu; sinica; odnogi chłodne; w następnych dniach stan ten mijał. Od 16/VI—29/VI ciepłota nieregularnie wahała się jużto spadając do 36°C., jużteż podnosząc się do 39·5° C.; tętno między 78—88. Bóle głowy i wzdłuż stosu pacierzowego naprzemian większe lub mniejsze, bardzo dolegliwe w części lędźwiowéj, zkąd rozpromieniały się do odnóg dolnych. Po 29/VI ciepłota już nigdy się nie podniosła ponad 37·5°C. D. 5/VII spostrzeżono upośledzenie władzy odnóg dolnych, które przez kilka dni wzmagało się. D. 16/VII chora chodziła o własnych siłach, wyglądała znacznie lepiéj, bóle ustąpiły i w stanie zupełnego wyleczenia opuściła chora szpital w dniu 20 czerwca.

Przytoczywszy te 6 przypadków z pomyślném zakończeniem należałoby się zastanowić, o ile te przypadki różnią się od poprzednich, czy mają w sobie coś charakterystycznego, po czém *a priori* możnaby powiedzieć, że przebieg tego przypadku będzie pomyślnym. I nie długo się znowu zastanawiając możemy wprost się przyznać, że ani jednego punktu oparcia znaleść nie możemy, bo ani gorączka i tętno, ani przypady mózgowe i rdzeniowe, nie zawierają w sobie nic cechującego, pewną różnicę od przypadków z innych działów stanowi tylko senzoryjum, które u pięciu z sześciu naszych chorych przez cały ciąg choroby było niezajęte, a u jednego tylko (XI) pierwsze dnie przebiegały wśród zupełnéj utraty przytomności, sprawa chorobowa ciągnęła się téż u niego najdłużéj, bo 50 dni.

C) Forma intermitująca.

Do téj formy zaliczyć możemy tylko jeden przypadek, ten jednak jest dość typowym, spotkaliśmy się z nim u

XII. Edmunda W., l. 14, ucznia stolarskiego, przyjętego do szpitala d. 18 listopada 1876. Przed 3 dniami rozpoczęła się choroba od bólu głowy, wymiotów i bólu gardła. Ciepł. niepodwyższona, tęt. 84. Narząd oddechowy i krążenia prawidłowy. Zaczerwienienie dość znaczne podniebienia miękkiego i połyku. Śledziona niepowiększona. Senzoryjum lekko zajęte, majaczenia czasami, ból głowy. *Herpes* na wardze górnéj. Do 4/XII temp. zupełnie prawidłowa, tętno wahało się między 96 a 120; przytomność zupełna; stolec tylko za pomocą środków przeczyszczających. Dnia 4/XII silny dreszcz; ciepłota, która już poprzedniego dnia podniosła się do 38·2° C., podskoczyła do 39·6° C.; silny ból w tyłogłowiu i karku, głowa w skutek napięcia mięśni karkowych w tył przegięta. Stan ten trwał dni trzy, t. j. do 8/XII. Dzień 9 i 10 grudnia przebiegał ze zwolnieniem przypadów, ciepłota opadła do 36° C. 11/XII powtórny dreszcz, podniesienie ciepł. do 39·4° C.; głowa znów wygięta. Po trzech dniach stopniowo powrócił stan normalny, tętno tylko utrzymywało się jeszcze pewien czas na swojéj pierwotnéj wysokości 108; napad się już nie powtórzył; chory 19/XII opuścił szpital wyleczony.

Jak z tego opisu widzimy, mieliśmy podczas 27dniowego trwania choroby trzy ataki, zaczynające się od dreszczu, podniesienia ciepłoty i wystąpienia przypadów mózgowych i rdzeniowych, ataki trwające trzy do czterech dni. O formie téj już Vieusseux wspomina, tłumaczył ją jednak mylnie biorąc za *Intermittens perniciosa*, i dłuższego trzeba było czasu, nagromadzania obfitszego materyjału, aby rzecz postawić w należytém świetle, aby nie tylko tę formę, ale całą chorobę odłączyć od zimnicy. Zasługa to przeważnie Niemców (Hirsch, Niemeyer, Ziemssen i t. d.), oni podali momenta, oparte na przebiegu i obrazie geograficznym rozszerzenia się choroby, które stanowczo rzecz rozstrzygnęły. Z tego więc widzimy, że nie tylko ta forma, ale w ogóle *meningitis cerebrospinalis* nie ma wcale predylekcyi do okolic zimniczych, że w okolicach nieprzedstawiających dogodnych warunków dla powstawania przyrzutu zimniczego pojawiały się przecież dość często i silniejsze epidemije, co zdarzaćby się nie mogło, gdyby te objawy chorobowe były wynikiem przyrzutu zimniczego, który, jak wiemy, z miejsca swego powstania ani na tak dalekie przestrzenie przenieść się, ani do takich wysokości wzbić się nie może, aby z tego dało się wytłumaczyć wystąpienie téj choroby w tak różnych od siebie miejscach. Z drugiéj strony, dla lepszego przedstawienia sprawy, muszę wspomnieć o twierdzeniu, które w najnowszych czasach wypowiedział Froehlich (*Wiener Klinik 1881* z marca) opierając się na badaniu zjawisk metereologicznych, gruntu, stanu wody zaskórnéj, podczas ostatniéj epidemii w Lipsku, a mianowicie, że *meningitis cerebro-spinalis*, jakkolwiek nie identyczna z zimnicą, przecież w swojém powstawaniu ma wielkie do niéj podobieństwo i do chorób bagiennych zaliczoną być może. „Bo czyż sprzeciwia się loice, mówi ten autor, jeżeli przypuścimy jako przyczynę *meningitidis cerebro-spinal.* jakiś organizm, pewien grzybek, który wprawdzie innego rodzaju jak zimniczy, jednak wśród podobnych warunków wzrasta i rozmnaża się? Czy stoi w sprzeczności ze znanemi faktami, jeżeli przypuścimy, że może ten przyrzut jest mniéj wybrednym w wyborze miejsca powstawania, ale każdy na wpół przydatny grunt, każde bagno, każdą dolinę, gdzie zarodki jego padają, za dogodną dla siebie uważa, ażeby wśród niepomyślnych dla siebie warunków jednego roku wcale nie lub tylko sporadycznie wystąpić, a w innym pomyślnym znaczne ilości swoich zarodków na nowe siedliska wysłać lub niemi ludzi zaatakować? Czyż nie możemy sobie pomyśleć, że te zarodki są lżejsze, niż zimnicze, i dla tego mogą się przenieść nie tylko w najbliższe okolice, ale i rozszerzyć się na dalekie przestrzenie i wzbić się do znacznych wysokości?“ W jaki sposób autor przychodzi do tych wyników, odesłać muszę do wspomnionego artykułu, tu nadmienić tylko mogę, że przypuszczenie dla *meningit. cerebr.-spinal.* przyrzutu upostaciowanego nie jest już tylko przypuszczeniem teoretyczném, wyrozumowaném, ale ma swoją podstawę w spostrzeżeniach, jakie nam przyniósł r. 1880 i 1881. Aufrechtowi (*Deutsche med. Wochenschrift 1880* Nr. 4), w Magdeburgu udało się bowiem wykryć w dwóch zmarłych na tę chorobę *mirococci*, w wypocinie ropnéj błon mózgowych i rdzeniowych, we krwi serca, w śledzionie i w ogniskach zapalnych płuc, a spostrzeżenie to znalazło niejako uzupełnienie w artykule Ern. Ganschera (*Gazette médicale de Paris 1881*, Nr. 10) p. t.: *Note sur le parasitisme de la meningite cérébro-spinale*, w którym donosi o wykryciu mikrokoków za życia u choréj (u któréj stwierdzono na stole sekcyjnym *meningt. cerebro-spinalis)* w moczu, we krwi wziętéj z palca, a następnie w wypocinie na błonach mózgowych i rdzeniowych i w nerkach. Tyle co do danych dla przypuszczenia przyrzutu upostaciowanego. O ile zaś przyrzut ten stoi w związku z przyrzutem zimniczym, dla

czego potrzebuje gruntu bagnistego do swego powstania, jakie warunki stają na przeszkodzie jego rozwojowi lub przyczyniają się do jego rozmnożenia i tym sposobem zapobiegają lub sprowadzają wybuch choroby, na to potrzeba dalszych spostrzeżeń i badań w tym kierunku, jakkolwiek przyznać musimy. że przyjęcie tego zapatrywania mimowoli się nam nasuwa, bo w niém mielibyśmy podstawę do wytłumaczenia faktu, dla czego u nas w Krakowie od pierwszego pojawienia się choroby rok rocznie *meningitis cerebro-spinalis* jużto sporadycznie, jużto więcéj epidemicznie występuje, a tłumaczylibyśmy go w ten sposób, że przyrzut ten znalazłszy raz w okolicach naszych bagnistych odpowiedni dla siebie grunt wśród pomyślnych, nieznanych nam bliżéj, dla siebie warunków od czasu do czasu wycieczki swoje uskutecznia.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

III. Sprawozdanie z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego z lat czterech (tj. od roku szkolnego 1874/5 do roku szkolnego 1878/9).

VII.

Choroby narządu moczowego.

Opracował Dr. **St. Ponikło.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 23).

I.

Przypadki ostre (*nephritis parenchymatosa acuta*).

Z pomiędzy 8miu przypadków tu należących rozwinęło się 4 z powodu przeziębienia; nie można było w tychże stwierdzić żadnych zmian ustrojowych usposabiających do schorzenia nerek. W 1 przypadku wystąpiło cierpienie na tle diatezy krwotocznéj, a 3 pozostałe tworzyły powikłania zapalenia płuc włóknikowego, duru powrotnego i płonicy.

Siedm przypadków zakończyło się zupełném wyzdrowieniem, jeden chory umarł. We wszystkich przypadkach mocz, przy wyjściu chorych z zakładu, nie zawierał ani śladu białka.

Nie ma w naszych historyjach zanotowanego żadnego przypadku, w którymby cierpienie przeszło w stan przewlekły.

We wszystkich przypadkach cierpienie rozpoczęło się od silnego dreszczu, który kilkakrotnie w przeciągu dnia się powtarzał, po czém następowała gorączka. Ból w krzyżach był stałym przypadem z początku choroby. Ciepłota nie przedstawiała żadnego charakterystycznego typu; była zwykle słabo zwalniająca. W jednym atoli przypadku, przyostro przebiegającym z zupełném zatrzymaniem moczu, bardzo gwałtownemi napadami uremicznemi, który po 30tu dniach zakończył się zupełném wyzdrowieniem, nie uważano nigdy podniesionéj ciepłoty; owszem była ona nie tylko wśród napadów uremicznych lecz także w chwilach wolnych od tychże subnormalną. Przypadek ten również ze względu na gwałtowność przypadów uremicznych, na obecność objawów pozornie groźnego zapadu jest godnym uwagi.

F. W. lat 28, przyjęta d. 4/2 1879. Choroba rozpoczęła się przed 14 dniami od silnego dreszczu, który wystąpił w nocy i odtąd przez kilka następnych dni się powtarzał. Za powód podaje chora przeziębienie się skutkiem przebywania w miejscu wilgotném.

Badanie wykazało: Puchlina skórna i brzuszna miernego stopnia; bladość powłok ogólnych; sinica dość znaczna na twarzy. Stłumienie odgłosu wypukowego na 5 cm. powyżéj dolnéj tylnéj granicy jawności wypukowéj obojga płuc.—Wdech szorstki; wśród wdechu wszędzie rzężenia drobne wilgotne w miernéj ilości.—Tor oddychania obojczykowy. Oddychanie bardzo mozolne; chora chętnie przybiera pozycyję siedzącą lub położenie kolankowo-łokciowe. Ból głowy, nudności, częste wymioty, ogólna apatyja. Mocz w ilości zaledwie kilkunastu cm. sześć. wysycony, c. g. 1·022 ze znaczną ilością białka, z obfitym osadem, który wykazuje znaczną ilość moczanu sodowego bezpostaciowego, bardzo liczne wałeczki szkliste, tu i owdzie także ziarniste. — Stan ten uremiczny trwał prawie nieprzerwanie przez 10 dni z różném nasileniem. Pod wpływem środków silnie odwodzących na skórę (w postaci baniek siekanych stósowanych na okolicę lędźwiową i gorczyczników) tudzież silnych czyśćców obok środków moczopędnych zdołano sprowadzić obfitszą diurezę i przełamać stan uremiczny. Po zupełném ustąpieniu tegoż poczęła się bardzo rychło zmniejszać puchlina tudzież ilość białka w moczu, które po kilku dniach zupełnie ustąpiło. Chora opuściła zakład w stanie zupełnego zdrowia.

Przypadek ten przedstawia właściwie jeden długotrwały napad uremiczny, po którego ustąpieniu nikną równocześnie i inne przypady sprawy chorobowéj nerek. Na pierwszy rzut oka obraz chorobowy był raczéj podobny do przewlekłych stanów uremicznych, jakie tak często w formach nieuleczalnych przewlekłych napotykamy. Brak gorączki przez cały czas obserwacyi klinicznéj obok wybitności wszystkich innych przypadów ostréj choroby Brighta, jak zatrzymanie moczu, zmiany cechujące w moczu i gwałtowne przypady czynnościowe, w przypadku zakończonym zupełném wyleczeniem, jest rzeczą niezwykłą. Przypadek ten jest jednym dowodem więcéj, że nie ma kardynalnéj, istotnéj różnicy między pojedyńczemi formami choroby Brighta, że może ona także w różnych, dotąd ściśle nierozgatunkowanych formach występować.

Mocz przedstawiał w przypadkach w mowie będących zwykłe zmiany. Ilość jego wahała się między 0 a 800 cm. sześć. We wszystkich przypadkach okazywał mocz wysoki ciężar gatunkowy i w osadzie bardzo znaczną ilość moczanów. Ilość białka była „mała“ lub „średnia.“ W osadzie bardzo znaczna ilość wałeczków przeważnie szklistych; nie brakło jednak tu i owdzie wałeczków ziarnistych.

Puchlina towarzyszyła stale wszystkim przypadkom, od bardzo nieznacznego obrzęku tkanki podskórnéj odnóg dolnych aż do wysokich stopni ogólnéj puchliny skórnéj i brzusznéj.

Stan uremiczny pojawiał się w różném nasileniu we wszystkich przypadkach, lecz w jednym tylko przypadku, zakończonym zupełném wyzdrowieniem, spostrzegano typowy napad uremiczny ostry z drgawkami.

Zazwyczaj śmiertelne zakończenie ostréj choroby Brighta jest bezpośredniém następstwem zatrzymania składników moczu we krwi i powstającéj ztąd ostréj uremii lub też cierpień następowych błon surowiczych lub płuc, lecz do bardzo rzadkich zaliczają autorowie przypadki, gdzie samo nasilenie sprawy chorobowéj, gorączka wysoka z następowém porażeniem mięśnia sercowego jest przyczyną śmierci wśród przypadów adynamii.

Przebieg podobny ilustruje jeden z naszych przypadków, który pokrótce przytoczymy:

B. J., lat 25, rzeźnik, przyjęty d. 18/12 1876. Przed 10 dniami doznał, skutkiem zdźwigania się przy noszeniu ciężarów z dworca kolei żelaznéj, silnego bólu w lędźwiach i krzyżach. Ból ten jednak dozwalał mu jeszcze przez 3 dni wykonywać lżejszą pracę. Po 3ch dniach doznał silnego dreszczu jednorazowego, po którym wystąpiła gorączka, połączona z gwałtownym bólem głowy; nudności, brak łaknienia i ogólne osłabienie. Po 8miu dniach bezskutecznego leczenia się środkami domowemi został przyjęty do kliniki. Badanie wykazało: Mężczyzna zbudowany i odżywiony bardzo dobrze. Powłoki ogólne zarumienione, suche. Puchlina ledwie dostrzegalna około kostek. Język suchy, drżący. Ogólny zapad. Badanie fizyczne narządów wewnę-

trznych, prócz miernego obrzęku śledziony, nie wykazuje nic nieprawidłowego. Moczu wysyconego 600 cm. sześć. o średniéj ilości białka. W osadzie bardzo znaczna ilość wałeczków szklistych, ciałek krwi i wypocinowych. Wielki niepokój. Bolesność okolic lędźwiowych. Ogólna przeczulica. Ciepłota popoł. 40·5°C. Tętno pełne 128.

Rozpoznano ostrą chorobę Brighta i zastósowano zwykłe leczenie. Przypady zapadu wzmagały się co chwila; gorączka uporczywie utrzymywała się wyżéj 40·0°. Chory nazajutrz po przyjęciu popołudniu umarł. Ciepłota, która wynosiła w chwili skonu 40·6° C., podniosła się po śmierci do 41·7 C.

Badanie pośmiertne wykazało: zapalenie miąższowe nerek z wybroczynami (narząd 1½ razy powiększony, pulchny, soczysty, przekrwiony, z licznemi wybroczynami do 3—4 milim. w średnicy) ostry obrzęk śledziony, ostre stłuszczenie wątroby i mięśnia sercowego.

Z ważniejszych powikłań uważano tylko w jednym przypadku ostre zapalenie osierdzia (*pericarditis sicca)*.

Co do leczenia nie podobna z tak szczupłéj liczby przypadków wysnuwać wniosków terapeutycznych. W kilku przypadkach mieliśmy sposobność spostrzedz' potężne działanie utrzymywania wzmożonego przeziewu skórnego na sprawę chorobową. Ilość moczu po zastósowaniu kąpieli ciepłych z następowém obwijaniem w koce stale się powiększała, puchlina czasem bezpośrednio zmniejszała; również korzystnie działały kąpiele ciepłe na uśmierzenie stanu uremicznego.

Z drugiéj strony środki moczopędne zawodziły po większéj części. Lżejsze jak jałowiec, octan potasowy itp., nawet w dosadnych dawkach podawane, wcale nie wpływały na zwiększenie ilości moczu, silniejsze jak *scilla* chwilowo tylko wzmagały wydzielanie moczu, lecz na przebieg cierpienia po zostawały bez wpływu. Za to kilkakrotnie natychmiastowo pomyślne wyniki dawały środki ostro czyszczące; nieraz uważano po podaniu olejku rącznikowego wraz z olejkiem krotniowym osłabienie, a nawet przerwanie zupełne, napadu uremicznego.

Środki odwodzące na skórę, jak bańki bądź suche, bądź siekane, gorczyczniki, nacierania drażniące stósowane na okolicę lędźwiową zdawały się być pomocnemi zwłaszcza w stanie uremicznym. Rzeczywiście przyznać należy, iż środki te dawane w wielu cierpieniach ostrych zdolne są chociaż chwilowo zmniejszyć nawał krwi do narządów wewnętrznych, co szczególniéj w nerkach zajętych zapaleniem miąższowém ostrém jest wielkiéj wagi, gdyż przez zmniejszenie zastoiny może nastąpić wzmożone wydzielanie moczu, zjawisko w leczeniu choroby Brighta tak upragnione. Skuteczność tych zabiegów leczniczych stoi téż w zgodzie z doświadczeniami fizyjologicznemi wiarogodnych i poważnych autorów, upatrujących szczególniejszy związek między funkcyjami skóry i miąższu nerkowego (Kühne: *Lehrbuch der physiolog. Chemie, Leipzig 1865.* Bartels: *Krankh. des Harnapparats.* B. 1, 96).

II.

Formy przewlekłe *(Nephritis parenchymatosa chronica)*.

Przypadki te przeważnie przebiegały z samego początku przewlekle, zrazu prawie niedostrzeżone przez chorych; wywiady jednak kilku przypadków stwierdzają, iż przewlekłe schorzenie nerek wywiązało się z zapalenia ostrego ze wszystkiemi typowemi przypadami tegoż. Do niedawna sądzono (Niemeyer), iż zapalenie nerek ostre stale kończy się albo śmiercią albo zupełném wyzdrowieniem i tylko nadzwyczaj wyjątkowo przechodzi w cierpienie przewlekłe. Wprawdzie zapalenie nerek ostre po chorobach zakaźnych, przedewszystkiém po płonicy, występujące (forma najczystsza) wcale nie ma skłonności do przechodzenia w stan przewlekły, lecz o ostréj chorobie Brighta rozwiniętéj samoistnie „skutkiem przeziębienia“ tego żadną miarą twierdzić nie można. Między naszemi historyjami chorób znachodzimy kilka, w których choroba rozpoczęła się od silnego dreszczu, gorączki, bólów gwałtownych w okolicy lędźwiowéj i zatrzymania moczu. Bamberger zwraca uwagę na częstość podobnych przypadków (*Über d. Morb. Br. u. seine Beziehungen zu anderen Krankheiten)* a i Bartels nie uważa ich za zbyt rzadkie.

Co do etyjologii wykazują wywiady w 6 z pomiędzy 20 obserwowanych przypadków, iż odnośni chorzy byli narażeni *„par excellence“* na nagłe zmiany ciepłoty i wilgotności powietrza, co po większéj części było połączone z ich zatrudnieniem codzienném, a niektóre przypadki zdają się przemawiać za tém, że cierpienie przewlekłe powstało w następstwie, że tak powiem, kilku napadów przyostrych z przerwami względnego polepszenia a zawdzięczających każdorazowo swój początek „przeziębieniu.“ Dreszcze, gorączka, ogólne osłabienie, puchlina trwając kilka lub kilkanaście dni ustąpiły niejednokrotnie w zupełności i chorzy cieszyli się znów przez pewien okres czasu zupełném zdrowiem i zdolnością do pracy, gdy powtórny nawrót choroby, skutkiem powtórnego przeziębienia, wywołał te same lub jeszcze gwałtowniejsze przypady chorobowe, aż wreszcie choroba przybrała ciągły, nieprzerwany, przewlekły przebieg.

Zakażenie zimnicze było podstawą choroby Brighta w 4 przypadkach, nadużywanie napojów wyskokowych stwierdzono w 3 przypadkach. W dwu przypadkach wystąpiła choroba wśród cukrzycy, w jednym w przebiegu suchot płucnych. Wreszcie raz sprawa połogowa dała początek chorobie Brighta.

Z naciskiem wspomnieć tu musimy, iż w dwu przypadkach wady sercowe były skomplikowane z zapaleniem miąższowém nerek. Traube i Bartels uważają zmiany chorobowe w nerkach objawiające się białkomoczem i obecnością wałeczków w osadzie za cierpienie niezapalne, polegające wyłącznie na zastoinie i niemające w istocie rzeczy nic wspólnego z chorobą Brighta, nadto sądzą, iż zastoina nerkowa nie może przejść w zapalenie nerek miąższowe ani nawet doprowadzić do rzeczywistego przerostu *(hyperplasia)* tkanki łącznéj międzynerkowéj. Tak jak wiele zapatrywań w nauce lekarskiéj, popartych powagą znakomitych autorów, z biegiem czasu zmieniło się niejako w dogmat nietykalny jak i powyższe zdanie znalazło wielu zwolenników i w podręcznikach z naciskiem było wypowiadane. Doświadczenie anatomo-patologiczne wszelakoż (Klebs) stwierdza, iż niezbyt rzadko po nerce zastoinowéj rozwija się rzeczywisty przerost tkanki łącznéj, a w następstwie zanik nerki (rzecz i ze stanowiska teoretycznego wcale racyjonalna) jak również może sprawić zmiany cechujące zapalenie „miąższowe.“ Bamberger téż, w swéj rozprawie o chorobach nerek, kładzie pomiędzy zboczeniami usposabiającemi do choroby Brighta wady sercowe na 2giém miejscu co do częstości.

Jako przykład zapalenia nerek miąższowego wśród wady sercowéj przytoczyć możemy następujący przypadek:

M. K., lat 60, wieśniaczka. Prócz zimnicy żadnych chorób nie przebywała. Choroba poczęła się przed 8miu miesiącami; przypady najrychlejsze były bicie serca, duszność, lekka puchlina odnóg dolnych. Badanie kliniczne wykazało: kobieta wzrostu niskiego, źle odżywiona, mierny obrzęk tkanki podskórnéj. W narządzie oddychania nic nieprawidłowego. Stłumienie serca powiększone w kierunku poprzecznym, sięgające po za prawy brzeg mostka. Szmer skurczowy dmuchający, słyszalny w miejscu uderzenia koniuszkowego serca; ton drugi nad tętnicą płucną wzmocniony. Mocz około 800 cm. na dobę c. g. 1·020. Białka ilość bardzo wielka; osad wykazuje znaczną ilość wałeczków ziarnistych, szklistych, ciałka białe i ciałka krwi. Rozpo-

znano: *insufficientia bicuspidalis, m. Brightii chronicus (n. parenchymatosa).*

W dwu przypadkach nakoniec powstała choroba Brighta u osobników starych dotkniętych rozedmą płucną znaczniejszego stopnia i miażdżycą układu tętniczego.

Pierwsze przypady, które zwróciły na się uwagę chorych, wyjątkowo tylko dotyczyły układu moczowego. Częstsza podnieta do oddawania moczu, obecność krwi w takowym, bóle w okolicy lędźwiowéj należały wprawdzie w kilku przypadkach, zwłaszcza więcéj ostrym przebiegiem się rozpoczynających, do najrychlejszych przypadków; większość chorych jednakowoż podawała przypady ze strony narządu trawienia lub też ogólne osłabienie i bez znanéj im przyczyny występującą niedokrewność jako inaugurujące w mowie będącą chorobę. Bolesność w dołku podsercowym, brak łaknienia, towarzyszące od czasu do czasu nudności, ból głowy, nieregularność w oddawaniu stolców raz wolnych, to znów zbitych, należały do najczęstszych skarg chorych naszych w początkach choroby. Przypady te po większéj części chorzy lekceważyli oddając się zwykłéj pracy, aż dopiero późniéj występująca opuchlina tkanki podskórnéj na twarzy lub odnogach, z dnia na dzień wzmagające się osłabienie, zatrwożyło ich o stan zdrowia i skłoniło do szukania pomocy lekarskiéj. Lub też najwcześniejszym przypadem był uporczywy nieżyt oskrzelowy, często zaostrzający się i połączony z ogólném osłabieniem i niedokrewnością. Na przypady te ze strony serca chorzy cierpiący na tę formę choroby Brighta prawie nigdy się nie żalili. (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Nowsze sposoby wykrywania obcych barwików w winie.

Fałszerstwo win, szczególniéj francuskich czerwonych, przybrało w naszych czasach ogromne rozmiary. Przyczyną tego jest z jednéj strony łatwość podrabiania i fałszowania barwikami, trudnemi do wykrycia, a nie kosztownemi; z drugiéj strony znacznie zwiększona konsumcyja win, zachęcająca kupców do niesumiennych spekulacyj. Z tego powodu usiłowano w ostatnich latach wynaleść sposoby łatwego wykazania barwików domięszanych sztucznie do wina. Dzięki staraniom chemików i higijenistów, szczególniéj francuskich, mamy w tym kierunku wiele metod, celowi w zupełności odpowiadających. Nie od rzeczy będzie poprzedzić zdanie sprawy z najnowszych prac zmierzających do tego, krótkim opisem barwików najczęściéj do fałszowania wina używanych.

W handlu znachodząca się anilina (mięszanina czystéj aniliny z toluidyną) daje pod wpływem środków utleniających i wodę odciągających cały szereg połączeń, odznaczających się żywością barw. Do otrzymania tych barwików używają najczęściéj kwasu arsenowego i solnego, azotanu rtęciawego i rtęciowego, chlorku rtęciowego i cynowego, wreszcie chromianu potasowego. Barwiki te są przeważnie solami lub połączeniami z rodniami alkoholowemi zasady aromatycznéj, o dość powikłanéj budowie, zwanéj rozaniliną. Do fałszowania win używają najczęściéj następnych połączeń rozaniliny: 1) Wodochloranu rozaniliny czyli fuksyny, barwik ten w wodzie trudno rozpuszczalny, rozpuszcza się łatwo w wyskoku barwą żywo czerwoną. 2) Azotanu rozaniliny, spotykanego w handlu pod nazwą azaleiny. Jest to modyfikacyja poprzedniego barwika. 3) Trietylrozanilinu znanego w handlu jako anilin-violett lub błękit Hoffmanna, rozczyn téj soli ma barwę ładnie niebiesko-fijołkową. 4) Chrysanilinu, rozpuszczającego się w wyskoku barwą żółtą. 5) Mauveanilinu, barwika krystalicznego, brunatnego, w wodzie gorącéj, szczególniéj zakwaszonéj, łatwo rozpuszczalnego barwą czerwonawo fijołkową. 6) Chrysotoluidynu, rozczyn wyskokowy tego barwika jest czarno niebieski z odcieniem błękitnym 7) Mauveinu, jest to proszek krystaliczny, czarny, w wyskoku barwą błękitną rozpuszczalny, za dodaniem kwasu rozczyn staje się purpurowym. 8) Safraninu, kryształy z połyskiem metalicznym, w kwasie siarkowym barwą zieloną rozpuszczalne. Rozczyn ten za dodaniem wody zmienia barwę na purpurową. 9) Koralinu (kwas rozolowy, *aurin*), który otrzymują przez działanie kwasów szczawiowego i siarkowego na fenol. Masa żywiczna z połyskiem metalicznym, zielonawym, roztarta daje jasnoczerwony proszek, łatwo w wyskoku, mało w wodzie rozpuszczalny.

Celem wykrycia barwików tych w winie zalecają następujące metody:

1) Wykrycie fuksyny.

Fordos podaje następujący sposób. 10 cm. sz. wina kłuci się w probierce z 20 kroplami amoniaku, potém dodaje się 10 cm. sz. chloroformu, przewraca się parę razy rurkę odczynnikową, niekłucąc jednak płynu. Po odstaniu oddziela się chloroform i odparowuje się go na małéj miseczce na łaźni piaskowéj. Na spodzie miseczki umieszcza się mały kawałeczek białéj materyi jedwabnéj. W miarę ulatniania się chloroformu biały strzępek w razie obecności fuksyny zabarwia się różowo. Aby się ostatecznie przekonać, że barwa czerwona pochodzi od fuksyny zwilża się zabarwioną materyję kilku kroplami amoniaku, skutkiem czego zabarwienie różowe powinno zniknąć, a po ulotnieniu amoniaku przez ogrzanie na nowo wystąpić. Według autora jeszcze $^1/_{10}$ mg. fuksyny w jednym litrze da się tym sposobem wykazać *(Bull. de la Soc. chim. de Paris 26, 487).*

Yvon kłuci w tym samym celu 30 cm. sz. wina badanego z 1 do 2 gr. węgla zwierzęcego, sączy przez azbest, wymywa pozostały węgiel wodą, poczém oblewa go wyskokiem. Jeżeli wyskok zabarwi się czerwono, obecna jest fuksyna, wyskok bowiem nie wyciąga z węgla zwierzęcego naturalnych barwików wina. *(Rép. de Pharm. 176, 223).*

E. Bouillon poleca następujący sposób: 500 cm. sz. wina odparowuje się na misce do pozostałości koło 125 cm. sz. Następnie dodaje się 20 gr. krystalicznego wodnika barowego, wymięsza się dokładnie, sączy, osad wymywa się wodą, i dopełnia się przesącz wodą do 125 cm. sz. Jeżeli teraz dodany do przesączu kryształek wodnika barowego więcéj barwików nie strąca (w przeciwnym razie poprzednią manipulacyję trzeba powtórzyć), daje się przesącz do obszernéj kolby i mięsza dokładnie z 50 do 60 cm. sz. eteru. Po odstaniu oddziela się eter na miskę porcelanową, zaprawia się paru kroplami kwasu octowego i 3—4 kroplami wody destylowanéj i zanurza się nitkę białego jedwabiu. Jeżeli w winie obecną była znaczniejsza ilość fuksyny, nitka się natychmiast zabarwi, jeżeli tylko mała ilość, zabarwienie wystąpi po odparowaniu eteru. Według autora można tym sposobem jeszcze $^1/_{100}$ mg. fuksyny w litrze wykryć. *(Pharm. Ztschrft. f. Russland. 16, 80).*

2) Wykrycie fuksyny i innych pokrewnych barwików. 150 cm. sz. wina alkalizuje się wodą barową lub ługiem sodowym, poczém kłuci się z 25 do 50 cm. sz. eteru octowego lub alkoholu amylowego, oddzielony eter lub alkohol

amylowy odparowuje się szybko w miseczce z nitką jedwabiu lub wełny. Jeżeli się nitka zabarwiła czerwono, to ją się zwilża kilkoma kroplami zgęszczonego kw. solnego. Jeżeli teraz zniknie zabarwienie czerwone, a pozostanie podobne do zwiędłych liści, a po oblaniu wodą w nadmiarze znów wystąpi barwa czerwona, obecną jest fuksyna. Jeżeli barwa nitki zmieni się przytem w fijołkową, niebieską a w końcu zieloną, obecnym jest safranin. Barwik fioletowy aniliny (Hoffmanna) przechodzi po dodaniu HCl w niebiesko zielony, a w końcu w żółty. Woda w nadmiarze daje roczyn fijołkowy. Mauvenilin zmienia w kw. solnym naprzód barwę swoją na niebieską, później żółtą, a w końcu podobnie jak fuksyna przybiera barwę zwiędłych liści. Woda w nadmiarze zmienia barwę w czerwono fijołkową. Chrysotoluidin odbarwia się bardzo mało pod działaniem kw. solnego. Zagotowany zaś z sproszkowanym cynkiem odbarwia się. Pod wpływem powietrza barwa na nowo występuje. Aby odróżnić barwiki rozaniliny od koszenili, zaprawia się zabarwioną nitkę kilku kroplami podsiarczynu sodowego. Barwiki rozanilinowe zniknął, koszenila zaś tylko powoli blednieje (*Bull. de Soc. chim. de Paris 26, 520)*. (Sposób Girarda).

(Dok. nastąpi).

Berger: O funkcyjach zmysłowych w hypnotyżmie.

Autor daje nam w krótkości wyniki swoich dalszych doświadczeń nad hypnotyzmem, dowodzących, że z czasem hypnotyzm i jego własności wielką odgrywać mogą rolę tak w neurofizyjologii jak i neuropatologii. W pracy swéj zajmuje się autor specyjalnie wpływem hypnotyzmu na organy zmysłowe i wykazuje, jak w lekkich stopniach hypnozy wszystkie funkcyje zmysłowe stają się nader wrażliwemi i delikatnemi. Główne zmysły dotykania, słuchu i wzroku objawiają, mimo zupełnéj bezprzytomności osoby hypnotyzowanéj, nader wielką reakcyję. Przy doświadczeniach, robionych celem wykazania wielkiéj wrażliwości zmysłu dotykania wczasie lekkiéj hypnozy, przekonał się B., że uczucie bólu skóry pozostawało akie samo, jak w normalnym stanie, to jest nie było ani zwiększone ani zmniejszone. (Nowy dowód dla znanego spostrzeżenia fizyjologicznego, że wrażenia zmysłu dotykania i bólu rozmaite mają drogi nerwowe *Przyp. ref.)* Do ciekawego rezultatu doszedł B. przy doświadczeniach nad zmysłem wzroku w czasie hypnozy. Oto w nader słabo oświetlonym pokoju mogło *medium* jego czytać nietylko pojedyńcze wyrazy, ale całe zdania w nieznanéj zupełnie książce. Gdy *medium* przebudzono, czytanie w tych samych warunkach stało się niemożliwém. Zdaniem B., mają doświadczenia jego pewną podstawę fizyjologiczną dla objaśnienia licznych chorób nerwowych i wykazują, że niesłusznie chciano dotychczas wielką wrażliwość zmysłów u osób histerycznych kłaść na karb symulacyi. W końcu wspomina autor o kilku tabetykach, u których po hypnozie następowało na kilka minut widoczne polepszenie upośledzonego ich zmysłu dotykania. *(Bresl. ärzt. Zeitschr.* 1881, Nr. 7). *Św.*

Kandaracki: O innerwacyi dróg oddechowych, o kaszlu i kilka słów o wpływie chloroformu na oddychanie.

Dotychczasowe liczne prace wykazały, że mechaniczne drażnienie krtani, tchawicy i oskrzeli wywołuje kaszel. Jedynie Bidder utrzymuje, że drażnieniem tchawicy nie zdołał wywołać zjawiska podobnego do kaszlu. Nerwy przeto zaopatrujące błonę śluzową krtani, tchawicy i oskrzeli (*nn. vagi* i *nn. laryng. super.*) uważamy za nerwy kaszlowe (*Hustennerven*). Poparł to doświadczeniami Nothnagel a mianowicie po przecięciu obu nerwów błędnych drażnienie krtani wywoływało kaszel, drażnienie zaś błony śluzowéj tchawicy niewywoływało tegoż. Odwrotnie rzecz się miała po przecięciu obu nerwów krtaniowych górnych drażnienie błony śluzowéj krtani było bezskuteczne, drażnienie tchawicy zaś wywoływało kaszeł. Drażnieniem końców środkowych rzeczonych nerwów Rosenthal, Bidder i Nothnagel nie wywołali kaszlu, wywołali go zaś Krimer, Cruveilhier i Romberg przez drażnienie nerwu błędnego, a Kohts przez drażnienie nerwu błędnego i krtaniowego górnego.

Kandaracki na podstawie doświadczeń w pracowni profesora Dogiela w Kazaniu przedewszystkiém podnosi fakt, że u psów i kotów górną połowę tchawicy zaopatruje gałęź nerwu krtaniowego górnego, którą nazywa gałęzią tchawicową *(ramus trachealis)*. Dolną połowę tchawicy i płuca zaopatrują nerwy błędne. Stosownie do tego znalazł w doświadczeniach, że przecięcie nerwów błędnych znosi pobudliwość dolnéj połowy tchawicy i oskrzeli, przecięcie gałęzi tchawicowéj *(ramus trachealis)* znosi pobudliwość górnéj połowy tchawicy, przecięcie zaś nerwów krtaniowych górnych znosi pobudliwość krtani i górnéj połowy tchawicy u psów i kotów. Autor nie podaje, czy przecinał nerwy błędne powyżéj odejścia nerwów krtaniowych górnych lub poniżéj ich odejścia. Kaszel jednak wywołany drażnieniem krtani różni się od kaszlu wywołanego drażnieniem tchawicy i oskrzeli. Drażnienie tchawicy i oskrzeli wywołuje natychmiast kaszel, który trwa przez cały czas drażnienia, dotykanie zaś błony śluzowéj krtani sprawia zatamowanie oddechu i występują ruchy połykowe, dopiero po ustaniu bodźca zjawia się jednorazowy lub powtarzający się kaszel.

Mechaniczne i elektryczne drażnienie środkowych zakończeń nerwów wywoływało kaszel, a mianowicie drażnienie nerwu błędnego i gałęzi tchawicowéj sprawiało natychmiastowy kaszel, podrażnienie zaś nerwu krtaniowego górnego, sprawiało w pierwszéj chwili utrudnienie a nawet chwilowe wstrzymanie oddychania, po ustaniu bodźca występował silny kaszel. Tu również autor nie podaje dokładnie, w którém miejscu drażnił nerwy błędne, coby było ważném, ze względu na to, że nerwy krtaniowe górne odchodzą od błędnych i przyjmują włókna ruchowe od jedynastéj i dwunastéj pary nerwów mózgowych. Po przecięciu nerwu krtaniowego górnego drażnienie gałęzi tchawicowéj nie sprawiało kaszlu. Ujemny wynik tych doświadczeń u niektórych autorów przypisuje K. temu, że usypiali zwierzęta użyte do doświadczeń, bo narkoza znosi pobudliwość środków kaszlu. (W tém miejscu przychodzi nam na myśl spostrzeżenie, że u chorego z zapaleniem zewnętrznego przewodu usznego w skutek ciała obcego wywoływałem silny kaszel, ile razy dotykałem się przewodu usznego łyżeczką lub wziernikiem. Pochodziło to zapewne w skutek wygórowanéj pobudliwości gałązki usznéj nerwu błędnego. *Przyp. spraw.*)

Doświadczenia o wpływie chloroformu na oddychanie pominiemy, bo są to rzeczy znane. Już Holmgren i Koch wpływ ten badali a doświadczenia Kandarackiego zgadzają się z ich doświadczeniami. (*Kronika Lekarska* 1881, Nr. 10).

Dr. Bogdanik.

Teodor Dunin: Nagła śmierć w suchotach płucnych w skutek wstąpienia powietrza do naczyń.

Z początkiem marca 1880 r. przybył do szpitala Dzie-

ciątka Jezus w Warszawie 22-letni czeladnik stolarski, u którego D. rozpoznał naciek rozpadający się w szczycie płuca prawego. Choroba rozpoczęła się przed 6 tygodniami od dreszczów, kaszlu i kłucia w piersiach. Choroba postępowała bardzo szybko, gorączka utrzymywała się między 39° a 40°C., ale siły pozwalały choremu na krótkie przechadzki po sali. W 6 tygodni po przybyciu do szpitala chory zjadłszy obiad wstał z łóżka i nagle przewrócił się na podłogę bez krzyku, bez drgawek; a lekarz dyżurny natychmiast przywołany stwierdził śmierć. W 24 godziny później wykonano sekcyję i znaleziono: szczyt prawego płuca lekko przyczepiony do klatki piersiowéj. Nieco ku tyłowi jama nieregularna, wielkości małéj pomarańczy, wypełniona nieznaczną ilością śluzowéj mocno cuchnącéj wydzieliny; powierzchnia jéj nierówna. Miąższ płuca na około jamy stwardniały nie zawiera powietrza. W płacie górnym są nadto dość liczne szaro-żółtawe lub czerwonawe guzki od wielkości grochu do orzecha laskowego. Płuco lewe wolne posiada liczne stwardnienia i trzy jamki wielkości orzecha włoskiego, dwie wypełnione są masą serowatą, trzecia w głębi dolnego płatu zawiera krew czerwoną zmięszaną z pęcherzykami powietrza. Serce nieco rozszerzone. Komórka lewa jest wypełniona czerwoną płynną krwią, zmięszaną z licznemi pęcherzykami powietrza. W prawéj połowie serca również krew płynna zmięszana z mniejszą ilością powietrza. Mięsień sercowy i zastawki prawidłowe. W tętnicach większych znajduje się również krew płynna zmięszana z pęcherzykami powietrza; w żyłach większych i w tętnicy płucnéj również pęcherzyki powietrza ale w niewielkiéj ilości. Tętnice i żyły mózgowe rozszerzone i wypełnione pęcherzykami powietrza, między któremi skąpa ilość krwi. Mózg niedokrewny. Inne organa prawidłowe. Gnicia w wyższym stopniu nie ma, organa miąższowe gazów nie zawierają.

Dunin tłumaczy nagłą śmierć w tym przypadku wstąpieniem powietrza z jamy płucnéj do naczyń, a mianowicie z jamy płuca lewego zawierającéj krew czerwoną zmięszaną z pęcherzykami powietrza, jakkolwiek dokładne badanie uszkodzonego naczynia nie wykryło. (*Gazeta Lekarska* Nr. 21, 1881). *Dr. Bogdanik.*

K. Loebker: **Przypadek zatrucia kwasem karbolowym. Wyleczenie przez zastósowanie improwizowanéj pompy żołądkowéj.**

Po wprowadzeniu w użycie kwasu karbolowego zdarzały się przypadki zatrucia tym lekiem nawet przy używaniu go zewnętrznie, mianowicie przy opatrywaniu ran i leczeniu chorób skórnych. Obecnie zanadto dobrze jest znane to niebezpieczeństwo i znane są już pierwsze objawy zatrucia tym lekiem, tak że przypadki tego rodzaju straciły ważność, jaką miały poprzednio. Natomiast przy rozpowszechnioném użyciu tego leku zdarzają się coraz częściéj przypadki otrucia przez nieostrożność lub nieświadomość chorych i posługaczy, i taki właśnie przypadek opisuje Loebker z kliniki chirurg. w Gryfii. Jedna z chorych, operowana z powodu uwięzgniętéj przepukliny otrzymać miała 4 dnia po operacyi, łyżkę olejku rącznikowego. Posługaczka natomiast podała jéj łyżkę 50% olejnego rozczynu kwasu karbolowego. Prawie natychmiast wystąpiły gwałtowne przypady zatrucia a L. widząc chorą w 7 minut po zażyciu trucizny znalazł stan następujący: chora pogrążona w głębokiéj śpiączce, twarz jéj sina, odnogi zimne, od czasu do czasu występują lekkie drgawki, oddech powolny, chrapiący, w ustach nagromadzona ciecz pienista, źrenica skurczona, nie oddziaływa na światło, rogówka nieczuła, tętno nitkowate 15 razy na minutę, na błonie śluzowéj jamy ust nie ma żadnych nadżerków. Przypady te gwałtowne przemawiały jak najwybitniéj za otruciem, a lubo L. nie wiedział na razie o rodzaju podanéj trucizny, postanowił jak najspieszniéj wydalić treść z żołądka, a z nią niewessaną jeszcze ilość trucizny. Nie mając jednak pod ręką pompy żołądkowéj użył następującego sposobu: przez wprowadzony cewnik żołądkowy wlał za pomocą lejka kilka porcyj mleka i kawy, znajdujących się właśnie w sali, tak że płyn ten wypełnił nie tylko żołądek lecz i lejek umieszczony na szczycie wprowadzonego cewnika żołądkowego. Następnie obrócił chorą szybko na bok, a wyrzucona tym sposobem ciecz z lejka wywarła tyle siły ssącéj, że ta wystarczyła do wydobycia treści z żołądka, która miała mocną woń kwasu karbolowego. W taki sposób wypłukał L. jeszcze dwa razy żołądek, a znając już teraz rodzaj trucizny, podał choréj silny lek podniecający *(aether camph.)* w celu podniesienia osłabionéj czynności serca. Wkrótce potém poprawiło się tętno i oddech, w 15 minut wróciła przytomność, a w pół godziny mogła już chora rozmawiać. Mocz przez pierwsze 24 godzin zawierał znaczną ilość kwasu karbolowego, na drugi dzień wystąpiło lekkie zapalenie płatu płuca lewego, które ustąpiło po 3 dniach. Najdłużéj utrzymywała się ciekawa zmiana na języku, który przez 10 dni był bardzo ciemno-czerwony. Zatrucie to nie miało wpływu niepomyślnego na przebieg rany pooperacyjnéj, a chora w 5 tygodni opuściła klinikę zupełnie zdrowa.

Sinicę, jakotéż wystąpienie zapalenia płuc tłumaczy L. zastojem krwi, wywołanym przez osłabienie serca, jakotéż do tego momentu przyczynowego odnosi L. wybroczyny i wysięki krwawe spostrzegane przez innych autorów przy oględzinach zwłok osób zmarłych z powodu otrucia karbolem. Brak nadżerków na języku, które są stałym objawem wypicia zgęszczonego rozczynu kwasu karbolowego, da się według L. tłumaczyć w ten sposób, że chora jego zażyła kwas karbolowy rozpuszczony w oleju, co też było prawdopodobnie przyczyną, że ilość wessanego kwasu karbolowego musiała być mniejszą, niż gdyby chora zażyła rozczyn wodny tego kwasu.

W końcu przechodzi L. do omówienia postępowania leczniczego w przypadkach zatrucia karbolem i dochodzi do następnych wniosków: Między 28 przypadkami tego otrucia używano 10 razy pompy żołądkowéj a z tych 5 zakończyło się pomyślnie. Natomiast z 18 chorych leczonych innym sposobem tylko 3 zostało uratowanych, mianowicie 1 dziecko przez podanie leku wymiotnego, 1 chory przez podawanie leków podniecających a w 1 przypadku objawy zatrucia lekkiego stopnia ustąpiły bez żadnego leczenia.

Z tego więc wyprowadza L. wniosek, że najodpowiedniejszém postępowaniem jest użycie pompy żołądkowéj, którą w potrzebie można zastąpić tym sposobem, jak to uczynił L.

Jedynie tylko u dzieci lek wymiotny byłby może bardziéj wskazany, gdyż u nich działanie jego jest pewniejsze i szybsze, a przeciwnie zastósowanie pompy żołądkowéj przy wąskich jeszcze drogach pokarmowych jest trudne i wymaga więcéj czasu. *(Deut. med. Woch.* 1881, Nr. 19). *Dr. Schramm.*

Wiadomości pomniejsze.

(L. K.) **Badanie czystości soli chininowych.** Wiadomo, że celem otrzymania z cieczy soli chininowych, kłuci się ją z pewną ilością eteru siarkowego. Eter siarkowy jednak nie zabiera całéj ilości soli chininowéj, a przytém zwykłe zanieczyszczenie eteru alkoholem, jakotéż jego rozpuszczalność w niskim stopniu w wodzie, są przyczyną nie małych usterków, nie zezwalających ocenić ilości chininu. Dwards poleca z tego powodu zalkalizowanie cieczy badanéj nadmiarem ługu sodowego lub amonijaku i kłucenie jéj następne z oznaczoną ilością chloroformu. Chloroform łatwo bardzo oddziela się od wody, a odparowany daje czystą pozostałość, którą można wysuszyć przy 100°C. i zważyć. Sposób ten przydatny jest głównie do próbowania leków na ich zawartość chininu, jakotéż preparatów ze zmienną ilością tego alkaloidu, jak *Chininum ferro-citricum* (rozczyn zaprawić amonijakiem), *Chininum tannicum* itd. Samo się przez się rozumie, że sposób ten nie da się zastósować w razie, jeżeli przypuszczamy, że lek badany zawiera także inne alkaloidy w chloroformie rozpuszczalne. (*Archiv der Pharmacie* 214, 149).

W przewlekłych chorobach umysłowych zadaje Dr. Ryszard Kohn przed napadem 4·00 *Kalii bromati.* U macinniczek zaś usuwa napady zupelnie wstrzyknięciem podskórném czterech wstrzykawek Pravaza następującego rozczynu: *Chinini mur. 200, Glycerini, Aq. dest. āā 500.* Według niego należy bromek potasu i chinin w sporych dawkach zadawać, gdy się pojawiają zwiastuny napadu, nie zaś w drobnych ilościach przez dłuższy czas. *Dr. Bogdanik.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 16 lutego 1881.

Przewodniczący kol. Jordan. Członków obecnych 30.

1) Protokoł z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Przyjęto na członka czynnego Towarzystwa Dra Webera, lekarza pułkowego w Krakowie.

3) Kol. Przewodniczący zdając sprawę z czynności Komitetu w sprawie adresu dla Jubilata Majera zawiadamia, że zawarto z p. Kossakiem ugodę, na mocy któréj wykonanie adresu bardzo ozdobne kosztować będzie 600 złr. a wydatki inne mniejsze do 100 złr., co razem czyni 700 złr.; składki ustanowiono po 50 c. od podpisu; ponieważ zaś przypuszczać należy, że się 1400 podpisów nie zbierze, Komitet przeto odwołuje się do wspaniałomyślności kolegów, aby zechcieli naddatkami przyczynić się do wyrównania powyższéj kwoty; nadwyżka zaś, jakaby została, pójdzie w jednéj połowie do kasy wsparcia wdów i sierót Tow. Lek. Gal., w drugiéj do takiéjże kasy w Tow. Lek. Warszawskiém.

4) Kol. Pareński okazał nowy praktyczny przyrząd do robienia okładów zimnych lub ciepłych pomysłu Leitera w Wiedniu.

5) Kol. prof. Browicz okazał i objaśnił 3 preparaty patologiczne.

6) Kol. Jordan odczytał Uwagi z powodu szerzenia się chorób połogowych pomiędzy ludnością żydowską w Krakowie (Ob. *Przegląd Lekarski* Nr. 9, 10 i 11 z rb.)

W dyskusyi nad tym przedmiotem, zabrał głos kol. prof. Madurowicz i zgadzając się w całości na punkta przez prelegenta poruszone, przypisuje winę szerzenia się gorączki połogowéj w przeważnéj części nieodpowiedniemu zachowaniu się akuszerek; pomijając już bowiem nieczystość i złe powietrze w mieszkaniach położnic, złe łoże, liche i nieodpowiednie żywienie takowych, nic jednakże tak nie wpływa na szerzenie się gorączki połogowéj, jak właśnie przenoszenie zarazka przez akuszerki, które nieoczyściwszy się należycie od choréj na gorączkę połogową idą do zdrowéj jeszcze położnicy i takową zarażają; czy jednakże środki podane przez prelegenta, a mianowicie przywołanie akuszerek do odpowiedzialności doprowadzą do celu, to wątpić należy; nie ma bowiem miasta, gdzieby tak wszystko szło oporem, gdzieby się tak starano na wszelki możliwy sposób obejść ustawę, jak właśnie w Krakowie. Przemawiający naleg aprzeto na to, ażeby każda akuszerka i każdy lekarz mieli obowiązek, o każdym przypadku gorączki połogowéj donosić urzędowi sanitarnemu, a ten skoro spostrzeże, że jedna akuszerka miała dwie lub trzy chore z rzędu, które zapadły na gorączkę połogową, aby wzbronił takiéj akuszerce wykonywanie praktyki na kilka tygodni, gdyby zaś tego nie usłuchała, aby ją skazał w drodze administracyjnéj na karę pieniężną, ponieważ w takich razach u nas tylko rygor jest w stanie złe usunąć. Kol. Warschauer sądzi, iż należałoby akuszerki zaznajomić z dotychczasowemi rozporządzeniami, które one wprawdzie otrzymują, atoli zaledwie co dziesiąta przeczyta, otoż byłoby właściwie rzeczą fizyka miejskiego, aby wszystkie akuszerki w pewnym czasie zwołał i odczytał im odpowiednie rozporządzenia i objaśnił, lekarze zaś powinni czuwać nad tém, aby akuszerki przestrzegały czystości, aby na palcach zarazków nie przenosiły. Kol. Buszek podaje, że gorączka połogowa, pojawiająca się w r. z. częściéj w obwodzie 3cim, nie miała monopolu pośród chorób zakaźnych. Zestawiając bowiem liczbę zmarłych w poszczególnych obwodach, szpitalach i klinikach, widzimy, że podczas gdy w obwodzie I umarło razem z chorób zakaźnych 20·95%, w II obwodzie 16·66%, w szpitalach i klinikach razem 20·04%, to w samym obwodzie III umarło 35·89%. Ze saméj zaś gorączki połogowéj zanotowano zmarłych w I obw. 0, w II obw. 2, w III obw. 5, w szpitalach i klinikach 9; czyli na 100 przypadków śmierci z gorączki połogowéj przypada na I obw. 0, na II obw. 12·50% w obwodzie III 31·25% a na szpitale i kliniki razem 56·25%. Przypisać więc należałoby częstsze wymieranie żydówek na gorączkę połogową także i téj okoliczności, że nasycenie obwodu III czynnikami chorobotwórczemi było w roku ubiegłym groźniejsze, niż w innych obwodach i szpitalach. Kraków stoi w ogóle wysoko w rzędzie miast co do śmiertelności z gorączki połogowéj. Dość przytoczyć, że na 100 kobiet zmarło w Krakowie w 1877 i 1878 0,95%, w Budapeszcie w 1874 do 75 r. 0·89%, w Genewie w 1853—1855 r. 0·56%, w Anglii w 1850 do 59 r. 0·48%, w Londynie 1849—63 r. 0·52% we Wiedniu w 1871 do 78 0·42%, t. j. że Kraków zbliża się pod tym względem najbardziéj do Budapesztu, a ma blisko 2 razy tak znaczną śmiertelność jak Wiedeń, miasta angielskie i Genewa. Jeżeli zaś uwzględnimy, że na 100 przypadków śmierci z gorączki połogowéj przypada w ostatnich 3 latach na wszystkie 3 obwody 28·57% a na kliniki i szpitale razem 71·43%, to musimy przyznać, że procent śmiertelności także dla ostatnich, jako pod względem higijenicznym dość nędznie urządzonych, jest znaczny. Jeżeli zatém potrzeba poskromić gorączkę połogową w obwodach i to słusznie za pomocą środków podanych przez kolegę prelegenta i innych, to należałoby także zwrócić uwagę na oddział położniczy szpitalny i kliniczny i urządzić je odpowiedniéj kosztem rządu i kraju. W samém mieście przyrzeka kol. Buszek użyć wszelkich środków, jakie w granicach ustawy są możliwe. Uprasza tylko o to, aby wszyscy koledzy dawali znać Magistratowi o każdéj chorobie zakaźnéj, a w przypadku gorączki połogowéj, także podawali imie i nazwisko położnéj, która chorą pielęgnuje. Dotąd bowiem bardzo mało kolegów czyni temu zadaniu sanitarnemu zadość, a urząd zdrowia wtedy tylko może działać skutecznie, jeżeli będzie poparty przez wszystkich lekarzy. Kol. Kohn tłumaczy ten procent śmiertelności tém, że do szpitala przynoszą położnice tę chorobę ze sobą; co się tyczy przenoszenia przyrzutu przez akuszerki, to sądzi, że dokładna dezinfekcyja, t. j. umycie rąk rozczynem kwasu karbolowego i czyszczenie rzeczy, powinna to złe usunąć. Kol. Obaliński proponuje, aby akuszerki, skoro muszą już odwiedzać kilka chorych położnic tego samego dnia, prócz dokładnéj dezinfekcyi, używały do każdéj świeżéj choréj świeżo pranych kaftanów. *Dr. Stanisław Balicki.*

Sekretarz.

VI. Krajowe uzdrowiska klimatyczne.

Sprawozdanie Komisyi odczytane na posiedzeniu Sekcyi lwowskiéj Tow. lek. gal. dnia 28. Maja 1881.

W roku zeszłym wybrała Sekcyja lwowska Towarzystwa lekarzy galic. ze swego grona Komisyję, składającą się z DDrów Jasińskiego, Merunowicza i Pawlikowskiego,

w celu zbierania dat informacyjnych o miejscowościach dotąd uczęszczanych przez gości kąpielowych i żętycznych, jak niemniéj w celu wykrycia miejscowości, posiadających wszelkie warunki do utworzenia uzdrowisk klimatycznych.

Na początek ograniczyła się Komisyja do zebrania bliższych szczegółów o uzdrowiskach klimatycznych i miejscowościach nadających się do utworzenia takowych jedynie w Galicyi wschodniéj, t. j. od rzeki Czeremoszu do rzeki Sanu.

Z przesłanych nam przez szan. Kolegów lekarzy powiatowych DDrów Pietrzyckiego, Radka, Obtułowicza, Serkowskiego, Męcińskiego i Dembowskiego notatek, jak również z listów właścicieli wskazanych nam miejscowości, mamy zaszczyt przedłożyć następujące sprawozdanie.

Postępując od wschodu ku zachodowi rozpoczynamy

1. od powiatu kosowskiego

a) Żabie, wieś 5.300 mieszkańców licząca, nadzwyczaj rozległa, przerznięta niemal na długości trzech mil przez biały Czeremosz, ze wszech stron otoczona górami zalesionemi. Miejscowość ta nadaje się szczególnie dla osób zdrowszych, potrzebujących świeżego powietrza, kąpieli rzecznych w bystrym Czeremoszu i wypoczynku umysłowego. Dla osób chorowitych jest podróż zbyt uciążliwą, bo jakkolwiek obecnie z Kossowa do Żabiego prowadzi przez góry dość dobra droga powiatowa, to w każdym razie od najbliższéj stacyi kolejowéj w Kołomyi jest 9 mil drogi, którą tylko w czasie pogody w jednym dniu odbyć można; również i z tego powodu nie jest Żabie dla osób chorowitych odpowiedniém, że wiosna zwykle się opoźnia. Lecz powtarzamy, dla osób zdrowszych (jako tak zw. u Niemców *Sommerfrische*) przewyższa Żabie wszystkie inne miejscowości tego rodzaju w Galicyi wschodniéj. Kto ma dość siły i zamiłowania do dalszych wycieczek górskich, kto zechce poznać tyle oryginalne i nie bez powabu zwyczaje huculskie, ten niewątpliwie spędzi w Żabiu czas bardzo przyjemnie.

Już w roku bieżącym znajdą goście w Żabiu 10 pokoi do najęcia, i to albo u pana Gregorowicza, rządcy dóbr skarbkowskich, w gospodzie Towarzystwa tatrzańskiego i w domach prywatnych. Cena jednego pokoju, opatrzonego w niezbędne sprzęty, od 6—10 złr. miesięcznie, stosownie do położenia mieszkania, obiad u Maryi Manugiewiczowéj od 15 — 20 zlr. miesięcznie, mleko i żętyca po 10 cent. za litr. Pościel i ciepłe odzienie winien każdy przywieść z sobą. Do Żabiego można dojechać albo wozem pocztowym z Kołomyi do Kossowa, a ztąd wózkiem lub co wygodniéj, lecz nieco drożéj, wprost z Kołomyi fijakrem. Także w dalszém Żabiu Ilcia można znaleść pomieszczenie w chatach włościańskich, lecz zamówienia musiałyby być wcześniejsze, aby można mieszkanie odpowiednio urządzić.

b) Burkut, o trzy mile od Żabiego w głębi gór nad Czarnym Czeremoszem, posiada dobrą i w tamtejszéj okolicy bardzo cenioną szczawę żelezistą, lecz miejscowość ta zbyt jest odległą od kolei, mieszkań mało, tak, iż Burkut nie może mieć żadnéj przyszłości jako uzdrowisko.

c) Pistyń, o 3 mile od Kołomyi na drodze do Kossowa; miasteczko to posiadałoby wszelkie warunki uzdrowiska klimatycznego, lecz obecnie brak tam pomieszkań, tak że zaledwie dwie lub trzy rodziny znajdzie tam umieszczenie. Dawniéj był tu zakład wodoleczniczy.

d) Kossów miasteczko powiatowe, o 4 mile od Kołomyi. Jakkolwiek dotąd jako uzdrowisko klimatyczne mało używane, posiada jednakże do tego wszelkie warunki, zwłaszcza na przysiółku na Manasterku. Jest tam powietrze łagodne, od zachodu zasłonięte pasmem gór, w skutek tego Kossów i okolica słyną z doborowych owoców, stanowiących niemal główny przedmiot handlowy tamtejszéj ludności; w poblizkiéj górskiéj rzeczce Rybnicy kąpiele wyborne; jedyną trudność przedstawia brak mieszkań.

Dojazd do Kossowa pocztą lub fijakrem (zwykle 6 złr. i myta).

2. Powiat nadwórniański.

a) Delatyn miasteczko odległe od Kołomyi o 35 kilometrów, od Stanisławowa (również gościńcem) 45 kilom. Tamże przebywa rokrocznie kilkaset osób, cierpiących na choroby płucne i niedokrewność. Okolica górska, piękne położenie, kąpiele w rzece Prucie, dostateczna ilość mieszkań, łatwość nabycia wiktuałów i nabiału, dobra traktyjernia, wszystko to są warunki, stawiające Delatyn w pierwszym rzędzie między uzdrowiskami klimatycznemi w kraju.

b) Dora wieś, zarówno jak Delatyn własność kamery, od Kołomyi o 45, od Stanisławowa o 55, od Delatyna o 10 kilometrów oddalona, w prześlicznéj okolicy lesistéj; kąpiele w Prucie, lecz mieszkań nie wiele i brak dobréj traktyjerni.

List komisyi wystósowany do Zarządu dóbr kameralnych w Delatynie i Dorze z prośbą o bliższe szczegóły co do cen mieszkań i ich ilości pozostał bez odpowiedzi.

3. Z powiatu dolińskiego nie otrzymała Komisyja odpowiedzi, jakkolwiek tam znajdują się miejscowości uczęszczane przez licznych gości, jak np. Wełdzirz, Hoszów i t. p.

4. Powiat stryjski.

a) Stryj miasto nad rzeką tegoż nazwiska położone. Co roku przybywa tu kilkadziesiąt rodzin dla używania świeżego powietrza i wybornych kąpieli. Goście mieszkają po większéj części w domkach w pobliżu rzeki położonych; gdy popyt o mieszkania jest większy, dochodzi cena jednego pokoju, dość licho umeblowanego, do 30 złr. a nawet do 50 złr. miesięcznie, mieszkania w ogrodach z kilku pokoików złożone, płacone bywają po 150 złr. i wyżéj za sezon kąpielowy. Do spacerów służy jedynie piękny park zwany Olszynką, będący prawdziwą ozdobą miasta, lecz z powodu wilgotnego położenia, przechadzki tamże tylko w czasie upałów są przyjemnemi. Restauracyje są dwie, które nie są wprawdzie drogie, lecz nie bardzo gościom dogadzają.

Dla chorych na piersi Stryj nie bardzo jest pomyślném miejscem pobytu z powodu ostrych wiatrów tu panujących, natomiast dla osób niedokrewnych z jakichkolwiek przyczyn, dla skrofulicznych i w ogóle dla osób potrzebujących pokrzepienia sił, kąpiele w rzece Stryju i pobyt w podgórskim klimacie wywierają bardzo pomyślne skutki.

Bliższych wyjaśnień co do pomieszkań udziela z grzeczności inżynijer miejski pan Postępski, tudzież faktor Leopold.

b) Korczyn oddawna słynie jako uzdrowisko żętyczne. Właścicielem jest baron Poschinger, zarządcą p. Holeczek. Dla gości tu przybywających służy dom skarbowy, zwany hotelem, gdzie jest kilkanaście stancyj do najęcia po 18 zł. miesięcznie. Prócz tego jest tu kilka mniejszych dworów, także i chłopi mają nieco lepiéj pobudowane domki do odnajęcia. Najlepiéj zalecić można dom pani Podhorodeckiéj, która oprócz porządnych stancyj, daje także dobry wikt, ma ogród piękny dla użytku gości, który przytyka wprost do rzeki Stryja. Za mieszkanie płaci się tu do 20 zła, za stół

całodzienny około 50 zła. miesięcznie, co zresztą zależy od umowy. Korczyn posiada wyborną żętycę, leży na wyżynie zdala osłonięty do około górami, zarosłemi gajami i lasami smerekowemi, które nie pozbawiają go jednak pięknego widoku słońca i przewiewu powietrza; u stóp jego płynie bystra górska rzeka Stryj. Lekarz i apteka w Skolem, o mile odległém miasteczku.

Korczyn oddalony jest od miasta Stryja o 35 kilom., droga prowadzi do Synowudzka górnego (28 kilometrów) bitym gościńcem, a ztąd do Korczyna 7 kilometr. drogą poboczną ale dobrze utrzymaną. Fijakier ze Stryja kosztuje zwykle 5 zł. w. a.

c) Kruszelnica tuż za Korczynem o 3 kilom., jeszcze bardziéj uroczo położona wieś, tegoż samego właściciela. Tu osoby zamożniejsze mogą wynająć na piąterku we dworze, także i wieśniacy odnajmują pojedyńcze stancyje, lecz goście sami muszą się troszczyć o pożywienie. Otoczenie, rzeka Stryj, żętyca jak w Korczynie.

Bliższych wyjaśnień udzielić może znany z uprzejmości ks. dziekan Popowicz.

d) Skole, miasteczko o 38 kilometrów od Stryja oddalone i dobrym gościńcem z nim połączone, ma stacyję pocztową i telegraficzną, sąd, aptekę, dwóch lekarzy. Miasteczko to leży w wieńcu gór lasami smerekowemi okrytych nad rzeką górską Oporem. Publiczność katolicka udaje się na mieszkanie do przysiółka zwanego Demnią wyżną, gdzie odnajmują mieszkania oficyjaliści hr Kinskyego, właściciela klucza Skólskiego. Za jeden pokój w mieście trzeba zapłacić 8 — 12 zł., na poczcie po 25 zł., u pana Stupnickiego pokój kosztował 28 zł., u innych mieszczan mieszkania tańsze, lecz mniéj wygodne. Wikt po 40 do 50 zł. miesięcznie u restauratora Chaima.

e) Tuż przy gościńcu murowanym do Munkacza prowadzącym, o 53 kilom. od Stryja. leży zakład żętyczny Huta korostowska, w dziko romantycznéj okolicy, w dolinie Oporu i strumienia Orawczyka. Zakład ten zwiedzany jest przeważnie przez bogatych żydów z Podola, Wołynia i Besarabii. Pobyt tu przyjemny tylko w czasie silnych upałów letnich w drugiéj połowie czerwca, w lipcu i w początku sierpnia. Zakład składa się z 14 pokoi i dużego wspólnego salonu. Ceny dość wygórowane, za jeden pokoik z łóżkiem sianem wyścielonem płaci się miesięcznie 24 zł., za stół 40—60 zł. miesięcznie, za żętycę, któréj tu wypijają do 2 litrów dziennie, płaci się 12 zł. miesięcznie.

(Dokończenie nastąpi).

VII. Zjazd III. lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

W dalszym ciągu zapowiedziano następujące odczyty:

1. Przeszkody podczas porodu pochodzące od ujścia wewnętrznego macicy (Dr. Schwing z Pragi).

2. O zmianach kiłowych w płucach ze stanowiska klinicznego (Prof. Dr. Rosner).

3. O peptonie (Prof. Dr. Adamkiewicz).

4. Demonstracyja i objaśnienie preparatów dotyczących patologii rdzenia pacierzowego. (Tenże).

5. Influenza (Dr. Goldhaber).

Nadto Doc. Dr. Janovsky z Pragi czeskiéj uzupełnia swe dawne doniesienie, iż mówić będzie o *herpes febrilis* i „o przypadkach późnéj gorączki w syfilis“, a —

Dr. Michl z Pragi zapowiada odczyt z chirurgii, którego tytuł późniéj poda.

Wydział gospodarczy przypomina, iż z dniem 15 czerwca upływa termin zapowiadania prac, i prace późniéj podane tylko wyjątkowo będą mogły być uwzględnione.

Kolega Dr. Klink, redaktor Pamiętnika Towarz. lek. warsz. (Chmielna 11) podjął się uprzejmie rozprzedaży kart legitymacyjnych na Zjazd. Upraszamy więc udawać się po te karty bądź do kolegi Klinka w Warszawie, bądź do Dra Wierzbickiego w Krakowie.

Dyrekcyja drogi żelaznéj Warszawsko-Wiedeńskiéj zniżyła opłatę za jazdę do Krakowa na swojéj kolei w stosunku 50% zwykłéj taryfy dla osób udających się na III Zjazd lekarzy i przyrodników do Krakowa i legitymujących się odpowiednią kartą.

Kraków 8 czerwca 1881.

Przewodniczący Wydziału gosp. III Zjazdu.
Prezes Tow. lek. krak. Doc. Dr. *H. Jordan.*
Dr. *Jan Rosner*, Sekretarz
Prof. Dr. *E. Janczewski.*

VIII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu 20 (do 14 maja) ospa w Londynie bardziej się rozszerzyła. Wprawdzie umarło tylko 69 lecz świeżo zapadło 402, a leczyło się w szpitalach 1311. W Wiedniu umarło 14, w Budapeszcie 7, w Paryżu 20, w Petersburgu 4, w Rzymie i Aleksandryi po 3. Z duru brzusznego umarło więcéj w Budapeszcie i Petersburgu. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 56. Sporadycznie pojawia się dur osutkowy: w Londynie, Warszawie, Walencyi i Murcyi. W tygodniu 21 (do 21 maja) umarło w Krakowie: 1 z ospy, 3 z odry, 2 z płonicy, 1 z błonicy, 1 z duru brzusznego, 6 z duru osutkowego, 1 z czerwonki a doniesiono w tymże czasie: o 5 przypadkach ospy, 34 odry, 2 płonicy, 2 błonicy, 4 krztuśca, 24 duru osutkowego.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 20 (do 14 maja) umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 46,5; w Poznaniu 29,0; w Wiedniu 32,4; w Budapeszcie 35,1; w Pradze 37,7; w Tryjeście 36,1; w Berlinie 22,1; w Wrocławiu 29,5; w Gdańsku 27,3; w Monachijum 35,7: w Dreźnie 20,5; w Lipsku 18,2; w Bazylei 31,8; w Brukseli 30,8; w Amsterdamie 23,9; w Hadze 25,1; w Paryżu 28,0: w Londynie 20,1; w Kopenhadze 19,7; w Stokholmie 30,4; w Chrystyjanii 16,9; w Petersburgu 64,6; w Odesie 25,1; w Rzymie 25,0; w Wenecyi 26,3; w Bukareszcie 25,2; w Madrycie 36,8; w Barcelonie 24,4; w Lizbonie 28,5; w Aleksandryi 34,1; w Nowym Jorku 31,2; w Filadelfii 26,2; w Bombaju 33,4; w Madrasie 46,3. *J. B.*

IX. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 9 czerwca. Z *Gazety Lek.* dowiadujemy się, że komitet, wybrany dla oceny dzieł nadesłanych do Warszawy na konkurs imienia Chałubińskiego na posiedzeniu w dniu 24 maja odbytém przyznał nagrodę dziełu docenta Uniw. Jagiell. Dra Pieniążka. Nam wypada tylko wyrazić radość, że Dr. Pieniążek za pracowitość i ofiarność swoją doczekał się tak zaszczytnego uznania.

* **Warszawa.** D. 29 maja rb. odbyły się promocyje na doktorów medycyny pp. Dunina i Elsenberga.

D. 6 czerwca odbędzie się w Moskwie 50-letni jubileusz Pirogowa. Tow. lek. warsz. postanowiło przesłać mu dyplom na członka honorowego. Moskwa udzieli mu obywatelstwa honorowego, a Towarzystwo lek. w Berlinie uchwaliło przesłać mu powinszowanie drogą telegraficzną.

† **Karlsbad** 5 czerwca. Do dnia dzisiejszego było osób 7404, o 675 mniéj niż w roku przeszłym. Pogoda osobliwie w drugiéj połowie tygodnia prześliczna, ciepłomierz około południa wskazuje w cieniu 20° R. Dzisiaj otwarcie restauracyi i kawiarni, w przeciągu zimy zbudowanéj w tutejszym parku miejskim, prawdziwe cacko sztuki budowniczéj.

* **Berlin.** D 13 października rb. upłynie ćwierć wieku od objęcia katedry anatomii patologicznéj w Berlinie przez Virchowa. Tow. lekarskie postanowiło dzień ten obchodzić uroczyście i w tym celu osobną wyznaczyło komisyję.

Nowy redaktor *Berl. klin. Woch.* nagania traktowanie zdarzeń lekarskich w dziennikach politycznych, jakie weszło w modę głównie we Wiedniu z powodu resekcyj żołądka; szkoda że się nie odezwał wtedy, gdy jeden z profesorów wiedeńskich sprawę obsadzenia katedry uniwersyteckiéj przeniósł z Wydziału lek. na pole dziennikarskie.

* **Mianowania i odznaczenia.** W Wydziale lekarskim w Nancy mianowani zostali: Chrétien profesorem chirurgii a Heydenreich profesorem patologii zewnętrznéj.

* **Nekrologija.** D. 3 bm. umarł w Paryżu Emil Littré, członek Akademii i senator Rzeczypospolitéj francuskiéj, urodzony d. 1 lutego 1801 r. Zmarły miał sławę więcéj niż europejską jako filozof i filolog, a dzieło jego o historyi języka francuskiego (5 wyd. 1869 w 2 tomach), a głównie wielki słownik etymologiczny języka francuskiego, wychodzący od r. 1863, zapewniają mu nieśmiertelność. Niemniéj atoli drogą jest pamięć Littrégo dla świata lekarskiego; był on bowiem lekarzem i dokonał wydania dzieł Hippokrata *(Oeuvres completes d'Hippocrate*, Paris 1839—1861, tomów 10); znaczenie tego wydawnictwa dla historyi medycyny ocenił prof. Oettinger w Przegl. Lek. z r. 1879 (Nr. 27 et seq.).

Po długiéj chorobie umarł d. 6 bm. w Tarnowie Dr. Józef Demetrykiewicz, fizyk obwodowy i powiatowy, lekarz sądowy, prezes Sekcyi tarnowskiéj Tow. lek. gal., w 52 roku życia.

* Otrzymaliśmy list z Tarnowa. z którego wyjmujemy co następuje:

Dnia 7 czerwca rb. odprowadzono zwłoki śp. Dra Józefa Demetrykiewicza c. k. lekarza powiat. w Tarnowie na miejsce wiecznego spoczynku, gdzie nad grobem, skreślając żywot nieboszczyka, przemówił Dr. Henryk Kowalski. Śp. Dr. Józef Demetrykiewicz urodził się w r. 1828 we wsi Dunajowie pow. przemyślańskim z ojca Józefa a matki Anny Langheinig, lecz niestety już po śmierci ojca. Sierota więc od lat dziecięcych garnął się o własnych siłach do nauk. Ukończywszy we Lwowie w r. 1850 filozofiję, udał się na uniwersytet do Wiednia, gdzie suchy kawałek chleba i szklanka wody były nieraz jedyném pożywieniem tego, który ślęcząc w salach klinicznych uczył się, jak ulżyć cierpiącym bliźnim. Otrzymawszy w r. 1858 stopień Dra medycyny, chirurgii i magistra akuszeryi, do czego mu łaska dobrotliwego Monarchy, przez zapłacenie za niego taksy rygorozów dopomogła, powrócił do Galicyi, a osiadłszy w Złoczowie i ożeniwszy się z Antoniną Kuszpecińską rozpoczął swój zawód jako lekarz miejski i więzienny. W r. 1864 został mianowany lekarzem obwodowym w Sanoku a następnie w r. 1872 lekarzem powiatowym w Tarnowie. Mieszkańcy rozsianych chat, czy to na szczytach gór sanockich, czy też na dolinach Tarnowa pamiętają sumienną i gorliwą pomoc lekarską fizyka, który mimo nadwątlonego zdrowia bądź podczas mrozów i upałów, bądź to podczas słoty i pogody spieszył do nich z ratunkiem w ciężkich niemocach, jakiemi są ospa, tyfus, dyfteryja i cholera.

Mimo fizycznych cierpień zawsze pogodnego czoła, koleżeński, serdeczny i uprzejmy umiał sobie zjednać także między lekarzami sympatyję, tak iż go dwukrotnie swoim wybierali prezesem. Serdeczny dla kolegów niemniéj téż był serdecznym i dla publiczności i urzędników, a bezinteresowność jego znaną była powszechnie. Wzorowy mąż, wzorowy ojciec, bardzo zdolny urzędnik, urodzony na Rusi z ojca gr. kat. wyznania, nie zapomniał także że jest obywatelem kraju. Jak waleczny żołnierz do walki, tak i on szedł mężnie do pracy, a ostatnia jego czynność urzędowa podczas poboru do wojska zakaziła krew jego w kwietniu rb. jadem tyfusowym, który mimo niestrudzonego ratunku najzdolniejszych kolegów, mimo niesłychanéj troskliwości rodziny, wreszcie kres życiu jego położył.

Piśmiennictwo lekarskie: Zbiór ustaw i rozporządzeń zdrowotnych, obowiązujących w król. Galicyi i Lodomeryi z W. ks. krakowskiém, zebrał Dr. Julijan Olpiński. Tom IV (Suplement do Tomu III), Kraków 1881, in 8vo str. IX i 268.

W Nrze 28 Przegl. Lek. z r. 1880 zwróciliśmy uwagę szan. Kolegów na wydawnictwo pracowite i bardzo pożyteczne, którego wówczas pojawił się był Tom III, zawierający ustawy i przepisy zdrowotne, po r. 1870 ogłoszone. Obecnie mamy przed sobą spory tom, który właściwie składa się z dwóch odrębnych części. Pierwsza (str. 1—204) stanowi uzupełnienie tomu III, a więc obejmuje przepisy w tomie tym albo pominięte, albo po wyjściu onego (bo do końca r. 1880) ogłoszone, ostatnia (str. 205—268) jest podręcznikiem epizoocyj i oględzin bydła i mięsa. Brak takowego w języku polskim skłonił Dra O.—jak w przedmowie oświadcza—do ułatwienia lekarzowi praktycznemu zadania, jeżeli chce zapoznać się z przedmiotem; sam autor nie uważa téj pracy za oryginalną i przeciwnie podaje dzieła i rozprawy, które mu służyły za podstawę. Nie podobna więc przykładać do podręcznika tego miary, jaką stósujemy oceniając rozprawy oryginalne; jest on kompilacyją zręczną, ułożoną prawie na kształt katechizmu; znajduje on się może na miejscu nie bardzo właściwém wśród zbioru ustaw sanitarnych, ale ponieważ *superflua non nocent*, ostatecznie nie chcemy z tego powodu czynić autorowi zarzutu. Język po największéj części jest poprawny; uderzyło nas tylko wyrażenie „rozpoznanie różniczkowe,“ niestety w czasopismach i dziełach polskich dość często jeszcze używane, a raczéj nadużywane; z potworem tym radzibyśmy już nie spotykać się wcale, skoro można go zastąpić jednym wyrazem „rozróżnienie, odróżnienie.“

Ustawy zdrowotne dawniejsze, tj. od r. 1772—1850, i od r. 1850—1870, mieścić się będą w dwóch osobnych tomach: 1szym i 2gim, które się zapewne wkrótce ukażą. Tom IV dedykowany jest protomedykowi Biesiadeckiemu. *L. B.*

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 23: Lambla: Hematografija kliniczna; Kramsztyka: O nowych środkach sztucznego żywienia niemowląt; Niedźwieckiego: Uduszenie się miazgą pokarmową. — W *Medycynie* Nr. 23: Skórczewskiego: Bóle głowy, ich przyczyny, rozwój i leczenie (c. d.): Rumszewicza (w Kijowie): Przyczynek do nauki o wadach rozwojowych oka. I. Rzadki przypadek zaćmy częściowéj. — W *Przewodniku gimnastycznym* Nr. 3: Żulińskiego: Ruch mięśniowy i wpływ jego na zdrowie człowieka (c. d.).

Towarzystwo lek. krak. odbędzie we środę dnia 15 b. m. w Sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwyczajne, na którém: 1) kol. Dr. Lutostański będzie miał odczyt dotyczący statystyki śmiertelności w Krakowie, a 2) kol. Dr. Pieniążek mówić będzie: „o duszności.“

Sprostowanie. Na str. 315 w szpalcie 1széj w. 9 od dołu zamiast „nie byłby“ ma być „byłby;“ wiersz 4 od dołu zam. „rowkami“ ma być „rurkami;“ w szpalcie 2giéj w. 27 od góry zamiast „28°C.“ ma być „38°C.;“ a na str. 316 szpalcie 1széj w. 10 od góry zamiast „27·1°C.“ ma być „37·1 C.°“.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Ulica Podwale Nr. 84.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Boulv. Voltaire 180, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 18 czerwca 1881. № 25. Rok XX.

†

Dr. JÓZEF ŠKODA

c. k. Radca Dworu, b. Profesor kliniki lek. we Wiedniu itd. itd.

Urodzony w Pilznie w Czechach d. 10 grudnia 1805, umarł po długoletniéj ciężkiéj chorobie we Wiedniu d. 13 bm. w południe.

Jakkolwiek wiadomość o śmierci mistrza nie była dla nikogo niespodzianką, wywoła ona atoli głębokie wzruszenie nie tylko w kołach lekarskich, ale i w całym świecie cywilizowanym. Faktem jest smutnym, że godny towarzysz Rokitańskiego wyzionął ducha, że więc obaj nieśmiertelni reformatorowie medycyny i główne podpory nowéj szkoły wiedeńskiéj już należą do historyi. Jak Weimar szczyci się pomnikiem Goethego i Schillera, tak Wiedeń powinien wziąść inicyjatywę we wzniesieniu pomnika wspólnego dla Rokitańskiego i Škody, owych dwóch Czechów, których historyja oświaty powszechnéj z dumą zaliczać będzie zawsze do pierwszorzędnych jenijuszów i dobrodziejów ludzkości. Zbyteczna z naszéj strony rozpisać się nad zasługami Józefa Škody; ograniczamy się do złożenia hołdu należnego mistrzowi ze strony czasopisma lekarskiego, jak wieniec złożyć się mający na trumnie w imieniu Towarzystwa naszego będzie choć słabym wyrazem głębokiéj czci, którą przejęci są i byli dla Škody i lekarze polscy.

I. Badanie przyrządu wzrokowego w celu rozpoznawania jego chorób.

Wykłady kliniczne.

Podał Prof. Dr. Lucyjan Rydel.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 24).

I. Badanie przedmiotowe.

A. Badanie części dodatkowych przyrządu wzrokowego i części przodkowych gałki ocznéj.

Badanie to rozpoczynamy okiem golém przy świetle dziennêm, a w wielu przypadkach na niém samém poprzestać możemy.

Przedewszystkiém usadowić należy chorego stósownie, to jest tak, żeby jego oczy oświetlone były należycie nie będąc przecież wystawione na blask zbyt mocny, rażący niemile oczy zdrowe, témbardziéj zaś nieznośny, a niekiedy nawet wprost szkodliwy dla chorych. Cel ten osiągniemy najsnadniéj sadzając chorego w odległości półtora do dwóch metrów naprzeciw okna, zwróconego, jeżeli można, na północ, a wychodzącego wprost ku firmamentowi, w każdym razie zaś tak, żeby światło słoneczne nie wpadało wprost do oka, lecz dopiero po odbiciu się, jeżeli już nie od firmamentu to przynajmniéj od niezbyt bliskich i niezbyt jasno pomalowanych ścian domów naprzeciw położonych. Odblasków od rogówki, utrudniających badanie, unikamy zasłaniając nietylko inne okna znajdujące się w pokoju, ale i dolne szyby tego, przy którém badamy, a zarazem skręcając głowę chorego o tyle na bok, żeby światło wpadało przeważnie z góry i nieco z boku od skroni chorego. Sam lekarz siada tyłem do okna ale nie całkiem wprost naprzeciw chorego, lecz cokolwiek ku jego lewéj stronie, aby głową swoją nie tamował przystępu światła, które z tyłu i jego strony lewéj padać powinno. Jeżeli chorzy usadowieni w ten sposób nie zachowują się z powodu drażliwości na światło dość spokojnie, lecz przechylając głowę naprzód lub skręcając ją za nadto na bok utrudniają badanie, pomocnik stojący z tyłu ustala im głowę

obejmując ją z obu stron dłoniami i przypierając w razie potrzeby do swoich piersi Małe dzieci wypadnie często położyć i ustalić im głowę między swojemi kolanami w sposób, który późniéj podamy.

Badanie rozpoczynamy od przeglądu części zewnętrznych przyrządu wzrokowego. Naprzód baczymy na **brzegi oczodołu razem z brwiami** i śledzimy okiem i palcem, czy nie przedstawiają jakich zmian chorobowych, mianowicie obrzmienia, wrzodów lub blizn. Obmacując brzuścem palca wskazującego brzegi oczodołu zwracamy uwagę naszą główne na dwie części ich obwodu, na część zewnętrzną dolnego i wewnętrzną górnego brzegu oczodołowego. Pierwsza z nich bowiem bywa niekiedy chropatą, jakby powyżeraną lub nie zwykle ostrą skutkiem owrzodzenia kości, które się tutaj, szczególnie u skrofulicznych, wydarza. W odległości 4 do 5mm po za górno-wewnętrzną częścią kostnego brzegu znajduje się na stropie oczodołu bloczek, na którego okolicę wywrzeć należy nieco silniejszy ucisk palcem, aby się przekonać, czy nerw nadoczodołowy nie jest bolesny, jak to bywa w przypadkach rwy, występującéj często w regularnych napadach okresowych, podobnie jak zimnica, która często jéj przyczyną bywa. Podczas napadów rwy występują na oku objawy silnego zadrażnienia naczyniowego i nerwowego i wprawiają chorych w mniemanie, iż są cierpieniem oka dotknięci. W przerwach wolnych oko nie przedstawia żadnych zmian, a tylko ból wywołany przez ucisk na nerw nadoczodołowy może lekarza naprowadzić na właściwą przyczynę skarg chorego.

Oczodół sam niedostępny jest po największéj części dla palca badającego, ale przynajmniéj o stanie jego przodkowego otworu czyli podstawy przekonać się należy, wprowadzając ostrożnie między jéj brzegi a gałkę oczną palec mały, mianowicie w przypadkach wysadzenia gałki ocznéj, upośledzenia jéj ruchów lub widzenia zdwojonego, bo te zmiany chorobo wemogą być skutkiem różnego rodzaju guzów, krwotoku lub obrzmienia tkanki łącznéj w oczodole.

Następnie badamy **powieki** pod względem ich postaci, objętości, położenia i ruchomości, tudzież co do obszerności szpary powiekowéj zwracając zarazem uwagę na brzegi powiek i rzęsy.

Mocniéj wypukła **postać** powiek górnych, towarzysząca ich podwinięciu (*Entropium*) lub wyprzedzająca je, bywa skutkiem zaniku i nieciułkowatego wykrzywienia chrząstki, a zarazem zbliznowacenia i skrócenia spojówki zrządzonego przez jaglicę. **Objętość** powiek ulega w stanie chorobowym bardzo często powiększeniu od najniższego aż do tego stopnia, że powierzchnia obrzmiałych powiek występuje poprzed pionową płaszczyznę, styczną do górnego brzegu oczodołu. Obrzmienie zajmuje tylko pewną część jednéj lub obu powiek, albo całą górną lub dolną, albo wreszcie obie powieki mniéj więcéj jednostajnie. Skóra powiek obrzmiałych nie okazuje wyraźnych zmian, lub téż jest w różnym stopniu zaczerwieniona, napięta, wygładzona i cieplejsza. Wszystkie te właściwości ważne są jako zawisłe w znacznéj części od przyczyny wywołującéj obrzmienie i stanowią z tego powodu nie rzadko cenne dla lekarza wskazówki rozpoznawcze. Przyczyny są bardzo liczne i różnorodne, a ta okoliczność tłumaczy nam nadzwyczajną częstość obrzmienia powiek. Do najważniejszych należą zapalenia spojówki, niektórych części lub całéj gałki ocznéj, woreczka łzowego, tkanki łącznéj i tłuszczowéj w oczodole, samych wreszcie powiek. Nie mogąc rozbierać szczegółowo, o ile z różnych właściwości obrzmienia wnosić można o jego przyczynie, poprzestanę na kilku najważniejszych przykładach. Zapaleniom spojówki towarzyszyć zwykło obrzmienie, zajmujące obie powieki w całéj ich rozciągłości w równym niemal stopniu. Takie samo obrzmienie napotykamy w ostrych, osobliwie ropnych, zapaleniach rogówki, tęczowki, ciałka rzęskowego i całéj naczyniówki. Skóra powiek bywa czerwona, w ciężkich przypadkach obrzmienie dochodzi do najwyższych stopni, powieka górna wisi bezwładnie (opad, *ptosis*) i okazuje wyraźne podwyższenie ciepłoty. Długotrwałe zapalenia spojówki (ślużotok, jaglica) podtrzymują mierne zgrubienie powiek, bez wyraźnego zaczerwienienia skóry, nie tamujące ich ruchów, ale zwężające nieco szparę powiekową, co oczom wyraz śpiący, smutny nadaje Obrzmieniu powiek w skutek zapaleń i innych zmian chorobowych w oczodole towarzyszy zazwyczaj zmiana w położeniu i upośledzenie niektórych lub wszystkich ruchów galki ocznéj z dwuwidzeniem. Obrzmienie będące skutkiem ostrego zapalenia woreczka łzowego lub części składowych samych powiek jest w pewnéj ich części najmocniejsze, zkąd się nagle lub stopniowo zmniejsza. I tak zajęte są w przypadkach zapalenia woreczka łzowego obie powieki w końcu nosowym opuchliną, która się zmniejsza w kierunku ku skroni. Jęczmyk wywołuje tylko w miejscu ogniska zapalnego obrzmienie twarde, przy ucisku bolesne, o skórze zaczerwienionéj, przechodzące w ciastową opuchlinę części sąsiednich téj saméj, a często, choć słabszą, i drugiéj powieki. Niejednostajne, różańcowate obrzmienie brzegów powiekowych, składające się z pojedyńczych, zwykle strupkami pokrytych guziczków cechuje zapalenie brzegów powiekowych (*Blepharitis marginalis).*

Położenie powiek może być zmienione skutkiem wywinięcia (*Ectropium*) lub podwinięcia (*Entropium*), wydarzającego się w rozmaitych stopniach na jednéj, rzadziéj równocześnie na obu powiekach, skutkiem rozlicznych przyczyn, według których rozróżniamy różne rodzaje tak pod jak i wywinięcia. Wyższe stopnie obu rodzajów zboczenia nie łatwo przeoczyć, ale chciałbym zwrócić tutaj uwagę na lekkie odstawanie (*Eversio*) samego brzegu powieki dolnéj, sprawiające jednak uporczywe łzawienie (*Stillicidium lacrymarum*) z powodu niedostatecznego nurzania się kropki w jeziorku łzowém. Znachodzimy je w przypadkach porażenia gałązek nerwu twarzowego, zaopatrujących żdziergacza powiek, a u starców sprowadza je czasem proste zwątlenie tegoż mięśnia; prócz tego bywa ono skutkiem zbliznowacenia po owrzodzeniu brzegu powiekowego (*Blepharitis ulcerosa*). Jeżeli przyczyny usunąć nie można, przecięcie dolnéj przewódki łzowéj uwalnia chorego od razu od przykréj dolegliwości łzawienia i jego następstw. Do najczęstszych przyczyn podwinięcia zaliczyć należy jaglicę, a tém samém zbadać w każdym razie spojówkę, czy nie jest nią dotknięta.

Ze zboczeń **ruchu** napotykamy kurcz i porażenie gładkich włókien mięsnych górnéj powieki, zaopatrywanych przez część szyjną nerwu współczulnego; wrodzoną i nabytą niepodolność (*insufficientia*) i porażenie dźwigacza górnéj powieki, zaopatrywanego przez nerw okoruchowy; wreszcie porażenie, drgawki i kurcz tężcowy żdziergacza powiek, zaopatrywanego przez nerw twarzowy. Niepodolność i porażenie dźwigacza pociągają za sobą opad powieki górnéj w różnym stopniu kurcz tężcowy zaś żdziergacza (mówiąc nawiasem najczęstsze zboczenie ruchowe powiek) wywołuje kurcz powiek (*Blepharospasmus*). Tak tężcowe jak i drgawkowe kurcze żdziergacza są prawie bez wyjątku odruchami, wywołanemi przez bezpośrednie lub pośrednie zadrażnienie gałązek czuciowych nerwu

troistego, tudzież nerwów zmysłowych (silne zadrażnienie siatkówki, nerwów węchowych i smakowych). Kurcz powiek jest też z tego powodu przypadem bardzo pospolitym zapalenia spojówki i rogówki, osobliwie tak zwanego zapalenia pryszczykowego, wydarzającego się najczęściéj u dzieci skrofulicznych, a bywa nierzadko tak gwałtowny, że cierne rozwarcie szpary powiekowéj, w celu zbadania oka, napotyka na znaczne trudności. Kurcz gładkich włókien mięsnych powieki górnéj należy do rzadkich i może nie dość uwzględnianych, ale ważnych pod względem rozpoznawczym zboczeń ruchowych powiek od czasu jak Graefe wykazał, że jest przyczyną wadliwości ruchów powieki górnéj, pojawiającéj się w wielu przypadkach choroby Basedowa. Wadliwość ta polega na tém, że powieka górna nie obniża się wcale lub niedostatecznie przy zwróceniu oka ku dołowi, skutkiem czego staje się widocznym pasek twardówki pomiędzy górnym brzegiem rogówki a brzegiem górnéj powieki, co twarzy właściwy wyraz trwogi lub przerażenia nadaje. Gdy objaw ten nie zawisł wcale od wysadzenia oka lub jego stopnia, a niekiedy w tak wczesnym okresie choroby występuje, że nie ma jeszcze wola i oczy nie są wcale lub tylko nieznacznie wysadzone, może on być jedynym przypadem uprawniającym do rozpoznania choroby Basedowa.

Szpara powiekowa miewa u różnych osób różną długość i szerokość, pierwsza wynosi u osób dorosłych średnio 28 do 29mm., druga (w miejscu najszerszém) 10 do 11mm. Chcąc zmierzyć długość każemy badanemu patrzeć w dal, trzymamy poziomo przed szparą powiekową podziałkę z milimetrami i odczytujemy odległość linij prostopadłych, spuszczonych na nią od obu kącików szpary powiekowéj. W podobny sposób mierzymy jéj szerokość odczytując na miarze, trzymanéj pionowo przed środkiem źrenicy, ilość milimetrów pomiędzy brzegiem górnéj i dolnéj powieki. Zamiast miary użyć można cyrkla.

Z m n i e j s z e n i e l u b z a m k n i ę c i e szpary powiekowéj spostrzegamy w przypadkach opadu powieki górnéj z powodu obrzmienia, tudzież w przypadkach podwyższonéj czynności żdziergacza, bądźto z powodu drgawek, bądźteż z powodu kurczu tężcowego, albo przeciwnie w przypadkach porażenia dźwigacza powieki górnéj; prócz tego zaś przy zrośnięciu brzegów powiekowych w kącikach (stulejka powiekowa, *Blepharophimosis*) lub w ich ciągłości (*Anchyloblepharon*). Stulejka powstaje skutkiem odparzenia przyskórka w kącikach szpary powiekowéj, osobliwie w zewnętrznym, w przebiegu przewlekłych zapaleń spojówki, zwłaszcza jaglicy.

P o w i ę k s z e n i e szpary powiekowéj w obu kierunkach, niekiedy w dwójnasób, bywa skutkiem powiększenia treści oczodołu, jak to ma miejsce w przypadkach guzów, choroby Basedowa, wydłużenia gałki ocznéj z powodu garbiaków rogówki i przodkowego odcinka twardówki. Szpara powiekowa może się niedomykać wcale lub tylko z trudnością i niedokładnie albo tylko na jawie, a stan ten zowiemy niedomykalnością powiek (*Lagophthalmos*), która bywa także skutkiem porażenia żdziergacza, albo znacznego skrócenia i zbliznowacenia spojówki.

Wolne **brzegi powiek** okazują krawędź przodkową lekko zaokrągloną i tylną ostrą, pod kątem niemal prostym w spojówkę przechodzącą, za pomocą któréj brzeg powieki opiera się o gałkę oczną. Około 2mm. szeroką płaszczyznę, położoną między obiema krawędziami, zowiemy płaszczyzną brzegu powiekowego. W niéj, bliżéj tylnéj krawędzi, mają gruczołki Meiboma swoje ujścia, podczas gdy z przodkowéj wyrastają rzęsy, na powiece górnéj grubsze i liczniejsze, ku dołowi wypukłe i zwrócone; podczas gdy cieńsze, skąpsze i ku górze wypukłe rzęsy powieki dolnéj mają kierunek więcéj poziomy. Chcąc obejrzeć brzegi oddalić potrzeba powieki od gałki ocznéj, co się w ten sposób odbywa, że położywszy dłoń na skroni chorego podnosimy brzeg powieki górnéj wywierając na niego lekki ucisk palcem dużym, podczas gdy palcem wskazującym i średnim drugiéj ręki, przyłożonym do samego brzegu powieki dolnéj, odciągamy ją łagodnie ku dołowi i zewnątrz.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. Sprawozdanie z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego z lat czterech (tj. od roku szkolnego 1874/5 do roku szkolnego 1878/9).

VII.

Choroby narządu moczowego.

Opracował Dr. **St. Ponikło.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 24).

M o c z przez cały przeciąg przebiegu choroby był co do ilości stale pomniejszony i wahał się od ilości bardzo skąpych, 100—200 cm. sześć., aż niemal do ilości prawidłowéj 1500 cm.; zupełnéj anuryi nie uważano nigdy, nawet wśród stanu uremicznego lub wyraźnych napadów uremicznych; krew znachodziła się w moczu tylko w bardzo małéj ilości, bądź w postaci barwika krwi wykazalna, bądź w osadzie w postaci ciałek czerwonych krwi.

Przy małéj ilości moczu c. g. bywał stosunkowo dość wysoki do 1·028, i osad wykazywał znaczną ilość moczanów, w tych zaś przypadkach, w których ilość moczanów zbliżała się do 1000 cm. sześć., zwykle w późniejszych okresach choroby lub pod wpływem środków moczopędnych c. g. bywał nadzwyczaj niski; nierzadko wynosił zaledwie 1·007—1·010 i niżéj, przy tém mocz blado wino-żółty z odcieniem zielonawém, z małą skłonnością do tworzenia osadu, który bywał często bardzo lekki, na powierzchni moczu się unoszący. Ilości względne kwasu moczowego, mocznika, barwików i w ogóle części stałych były znacznie pomniejszone.

Ilość białka była rozmaita w różnych przypadkach. Dat ścisłych podać nie możemy, gdyż rozbiory ilościowe tylko w niektórych przypadkach były przedsiębrane. Najwyższa ilościowo oznaczona ilość białka wynosiła do 1%.

Z barwików urochrom był zawsze w ilości zmniejszonéj, wyjąwszy w moczach wysyconych o znacznym ciężarze gatunkowym, peryjodycznie pojawiających się, gdzie ilość takowego była prawidłowa. Uroksantyn stale jednak we wszystkich przypadkach, nawet w moczach o niskim ciężarze gatunkowym, gdzie wszystkie składniki stałe były pomniejszone, znajdował się w ilości zwiększonéj: czasem występowało przy zwykłéj reakcyi z kwasem chlorowodowym ciemno-fijoletowe, prawie czarne, zabarwienie.

O zachowaniu się ilości chlorków równie nic ścisłego nadmienić nie możemy, czasem przy zwykłéj jakościowéj reakcyi zdawały się być pomniejszone.

Ilość fosforanów była we wszystkich przypadkach znacznie zmniejszona.

Co się tyczy najważniejszego punktu w dyjagnostyce choroby Brighta, tj. zachowania się wałeczków, zwracano w każdym przypadku na tę okoliczność szczególniejszą uwa-

gę. Ilość wałeczków była w tej formie choroby nerek względnie znaczną i wałeczki ziarniste w różnych okresach stłuszczenia przeważały nad wałeczkami szklistemi, lecz w kilku przypadkach i tych ostatnich ilość była wcale pokaźną. Nadto bardzo często postrzegano wałeczki przybłonkowe, złożone z podwójnego rzędu stłuszczonych przybłonków nerkowych i wałeczki lub odłamki masy paraglobulinowej. Co się tyczy wałeczków „tak zwanych woskowych," to takowe znachodziły się nie tylko w przypadkach, gdzie badanie pośmiertne wykazało wyraźne zwyrodnienie skrobiowate nerek, lecz i w przypadkach czystego zapalenia miąższowego. Takowe jednak mimo wejrzenia zbliżonego do wałeczków woskowych nie dawały odnośnych reakcyj ani z jodem ani z metylanilinem.

Co do przypadów ze strony narządu oddechowego, wypada nam tylko wspomnieć o uporczywym towarzyszącym nieżycie oskrzelowym, nieprzedstawiającym zresztą ani w przypadach, ani w przebiegu nic uwagi godnego.

Ze strony narządu krążenia nie dostrzeżono żadnych przypadów dających się odnieść do jakiegoś związku przyczynowego z chorobą nerek. Przerostu serca lewego w przypadkach do téj grupy należących nie uważano.

W narządzie trawienia występowały stale objawy nieżytu żołądkowo-jelitowego przewlekłego z biegunką. Prawie w każdym przypadku stwierdzono przy sekcyi mniéj lub więcéj wyraźne zwyrodnienie skrobiowate naczyń błony śluzowéj jelit.

Co do powikłań, wykryto we wszystkich przypadkach, które zakończyły się śmiercią, zwyrodnienie skrobiowate mniejszego lub większego stopnia. Zboczenie to nie manifestowało się za życia żadnemi przypadami cechującemi. Nie towarzyszyło takowemu zwyrodnienie innych narządów miąższowych, jak wątroby i śledziony. W jednym przypadku stanowiła wypocina opłucnowa ropiasta powikłanie choroby Brighta, w innym rozwinęła się, wśród przebiegu choroby, czerwonka i zapalenie włóknikowe płuc równocześnie.

Leczenie: Najkorzystniejsze wyniki lecznicze uzyskano przez stósowanie kąpieli ciepłych z następowém obwijaniem ciała kocami wełnianemi w celu spotęgowania przeziewu skórnego. Kilkakrotnie zdołano bardzo znaczną puchlinę tém postępowaniem zmniejszyć.

P. R., lat 20, handlarz. Choroba Brighta przewlekła. Ilość moczu 1000 cm. sześć., białka ilość bardzo znaczna, c. g. 1·016. Ciężar ciała $61\frac{1}{2}$ kilo. Po zastósowaniu dwukrotném kąpieli letnich ilość moczu zwiększyła się do 1500—1800 cm. na dobę. Ciężar ciała po dwu dniach zmniejszył się do 59 kilo, zatém o 2 kilo 500 grm.

M. D., lat 60, ekonom. Puchlina znacznego stopnia. Ciężar ciała 72·50. Ilość moczu zawierającego znaczną ilość białka 1400 cm. Po użyciu 2ch kąpieli ciężar ciała zmniejszył się o 2·5 kilo, lecz równocześnie ilość moczu zmniejszyła się do 800 cm. Chory po kąpieli żalił się na duszność większą, ból głowy połączony z zawrotem, szum w uszach, senność, rozwolnienie.

W ogóle w przypadkach, gdzie kąpiele zmniejszając puchlinę, działały równocześnie niekorzystnie na diurezę, występowały regularnie przypady przewlekłéj uremii. To też stósowaniem kąpieli w chorobie Brighta należy kierować z wielką ostrożnością, gdyż przez nagłe zmniejszenie się puchliny i zagęszczenie w ten sposób krwi przepełnionéj derywatami mocznika może być sztucznie wywołany napad uremiczny (Beneke).

Dyjeta mleczna *(Donkin, On skim-milk treatement of diabetes and Bright's disease)* działała korzystnie na diurezę i puchlinę. Najpiękniejsze i najkorzystniejsze działanie okazało się w przypadku następującym:

K. B., kobieta lat 62 licząca. Stan odżywienia bardzo lichy. Ciężar ciała 68 kilo. Ilość moczu 1000—1300 cm. sześć., c. g. 1·005. Puchlina skórna, a zwłaszcza brzuszna, bardzo znaczna. Zaordynowano choréj dyjetę złożoną z 2 litrów mleka dziennie, obok tego 2 jaja na miękko i 2 bułki dziennie, przy czém wstrzymano się od podawania wszelkich leków. Zaraz następnego dnia ilość moczu zmniejszyła się do 1800. W następuych dniach ciężar ciała zmniejszał się z dnia na dzień; ilość moczu stawała się coraz większą, średnio około 2500 cm. czasami dochodziła do 3200 cm. W przeciągu 3ch miesięcy leczenia choréj wyłącznie mlekiem ubyło jéj na ciężarze z powodu ustąpienia puchliny 20 kilo. Stan ogólny znacznie się polepszył, łaknienie wzmogło się; chora z zadowoleniem opuściła klinikę.

W przypadkach puchliny wysokiego stopnia, gdzie znaczne napięcie skóry groziło powstaniem zgorzeli, z korzyścią stósowano zaleconą przez Wolfa metodę powolnego wypuszczania płynu z przestworów tkanki podskórnéj za pomocą igieł zwykłych strzykawek podskórnych, połączonych z cienkiemi rurkami kauczukowemi. Przez 24 godzin zdołano wydobyć płynu surowiczego do 1 kgrm. Nie uważano przy tym rękoczynie żadnych szkodliwych następstw około miejsc ukłucia.

Leki moczopędne nie odnosiły w naszych przypadkach pożądanych skutków. Na zwiększenie ilości moczu tylko chwilowo i słabo wpływały; toż rzadko tylko można było przypisać tym środkom jakieś działanie korzystne na ustępowanie puchliny. Doświadczano między innemi z „nowych" leków moczopędnych, proszku karaczanów *(blatta orientalis)* (Bogomołow, *St. Petersburger med. Wochenschrift* 31, 1876. Koehler: Przegl. Lek. Nr. 21, 1878). Podawano 3 razy dziennie po 0·20—0·40 na dawkę, lecz nie dopatrzono się lepszych skutków, niż po innych lekach moczopędnych.

O działaniu leków czyszczących silniejszych w uremii wspomnieliśmy przy omawianiu przypadków ostrych.

III.

Przypadki długotrwałe.

Odpowiadają one pojęciom: *nephritis interstitialis (genuine Nierenschrumpfung), atrophia renum post. nephr, parenchymatosam; nephritis parenchymatosa subs. nephr. interstitiali.*

Zanim przystąpimy do zdania sprawy z przypadków do tego działu policzonych, podamy w krótkości historyję choroby bardzo pouczającego przypadku, rzucającego światło na stosunek i związek pojedyńczych form choroby Brighta:

S. S, lat 45, rzeźnik, przyjęty dnia 12/1 1877. Rodzice chorego zmarli w późnym wieku. Do obecnéj choroby zupełnie zdrów, przed rokiem cierpiał przez 3 miesiące na chorobę gorączkową, połączoną z dreszczami, zrazu co drugi dzień, następnie co czwarty występującemi, która bez leczenia ustąpiła. W maju 1876 doznał ponownie dreszczów, bólu w okolicy lędźwiowéj, gorączki trwającéj kilka dni, poczém poczęła występować ogólna puchlina, która dosięgła znacznego stopnia. Chory pozostawał w szpitalu św. Łazarza w leczeniu aż do końca listopada, zkąd zupełnie wolny od puchliny i względnie zdrów powrócił do domu. Z końcem grudnia 1876 r. doznał znów dreszczów z następową gorączką, bólu w okolicy lędźwiowéj, przypadów nieżytu żołądkowo-jelitowego i puchliny odnóg dolnych. Przybył do kliniki d. 12/1 1877. Badanie wykazało: Mężczyzna budowy dobréj, licho odżywiony, powłoki ogólne ziemisto-blade; podściółki tłuszczowéj prawie zupełny brak. Lekki obrzęk odnóg dolnych. Niedokrewność ogólna.

Badanie fizyczne narządu oddychania wykazuje rozedmę miernego stopnia. Stłumienie serca prawidłowe. Tony sercowe dźwięczne i silne. Wątroba rozmiarów prawidłowych. Śledziona miernie powiększona, macalna. W jamie brzusznéj wykazać się daje przez opukiwanie mała ilość płynu wolnego. Mocz w ilości 800 cm. sześć. c. g. 1·021, wino żółty; białka ilość znaczna; barwików i fosforanów ilość zmniejszona; chlorki prawidłowe. Osad wykazuje obecność wałeczków szklistych i ziarnistych dość licznych. Bolesność przy uciskaniu okolic

lędźwiowych tudzież dołka podsercowego. Łaknienie dobre. Biegunka. Ciepłota prawidłowa. Rozpoznano: *Morbus Brightii chronicus* (*Nephritis parenchymotosa*). *Tumor lienis chronicus*.

W dalszym przebiegu choroby ilość moczu pozostawała ustawicznie skąpa (średnio 500 cm. na dobę), ilość białka pomnażała się stopniowo. Biegunka dosięgła znacznego stopnia, do 40 stolców na dobę, połączona z parciem. Po kilku dniach poczęła się pojawiać krew, śluz i ropa tudzież strzępki masy zgorzelinowéj. Wśród wzmagającego się ogólnego osłabienia, chory po 3-tygodniowym pobycie w klinice umarł. Przez 3 dni przed śmiercią ciepłota wahała się między 30° C. a 33° C.

Badanie pośmiertne wykazało: zwłoki mężczyzny wzrostu dobrego; powłoki ogólne brudno-sine. Odnogi dolne sinawe, podściółka tłuszczowa miernie rozwinięta. W oponach mózgowych tudzież miąższu mózgowym żadnych zmian. Błona śluzowa krtani blada, niedokrewna, gładka, połyskująca. Płuca oba wolne; opłucna gładka, cienka, przejrzysta; płuca oba nadmiarowo powietrzem rozdęte, o brzegach zaokrąglonych, pokrywają przednią powierzchnię osierdzia. Na przekroju miąższ obu płuc niedokrewny, w tylnych częściach w małym rozmiarze ciemno-czerwony, wszędzie powietrze zawierający. Serce rozmiarów prawidłowych. Jamy serca wypełnione skrzepami wiotkiemi, ciemno zabarwionemi; zastawki prawidłowe; błona wewnętrzna wielkich naczyń gładka, połyskująca; ściana komórki lewéj miernie zgrubiała. Wątroba wielkości prawidłowéj, brzeg ostry; na rozkroju rysunek zrazików zatarty, miąższ żółto brunatno zabarwiony, kruchy. Śledziona w dwójnasób powiększona, na przekroju ciemno-szaro zabarwiona, miąższ zbitszy. N e r k a l e w a stanowi zaledwie masę tkaniny do 3 cm. w kwadracie wynoszącéj, otoczoną tkanką tłuszczową silnie do torebki nerkowéj przytwierdzoną; jak widać na przekroju, istota korowa jest prawie zupełnie zanikła, miedniczka rozszerzona, zgrubiała, brzeg podłużnego przekroju nerki falisty, miąższ zbity. N e r k a p r a w a p o w i ę k s z o n a; powierzchnia gładka; na przekroju istota korowa szersza, blado-żółto zabarwiona, wśród którego zabarwienia odbijają szarawe i czerwonawe pasma i prążki; piramidy ciemno-czerwone, miąższ nerek soczysty, kruchy. Błona śluzowa jelit przedstawia zmiany odpowiadające przewlekłemu zapaleniu torebkowemu jelita tudzież dysenteryi ostréj. Rozpoznanie anatomiczne brzmi więc: Z a n i k n e r k i l e w é j p o z a p a l e n i u ś r ó d m i ą ż s z o w é m. Z a p a l e n i e m i ą ż s z o w e p r z e w l e k ł e n e r k i p r a w é j. Błonica i zapalenie torebkowe jelit. Rozedma płuc. Przerost lewéj komórki serca.

Sekcyja podanego przypadku wykazuje, iż nerka lewa przedstawia obraz zaniku po zapaleniu śródmiąższowém, gdy nerka prawa przedstawia typowy obraz „zapalenia miąższowego." Komórka lewa jest nieco przerosła.

Jak pogodzić ten wynik sekcyjny z zapatrywaniem B a r t e l s a, który uważa zapalenie nerek śródmiąższowe za chorobę nie tylko klinicznie lecz także anatomicznie zupełnie różną od innych form choroby Brighta, zaraz z początku jako tako przebiegającą? Jak pogodzić z wynikami badań G u l l a i S u t t o n a, upatrujących w zapaleniu nerek śródmiąższowém tylko jeden z objawów z m i a n o g ó l n y c h u k ł a d u naczyniowego? Jeżeli w jednym i tym samym osobniku w obu nerkach zupełnie odmienne zmiany napotykamy, należałoby w ślad za zdaniem pomienionych autorów chyba przypuścić, iż dwie odmienne choroby nerkowe, a właściwie ogólne, dotknęły tego samego chorego, co jest w zasadzie mało prawdopodobném.

Ktoś chcący bronić dawnéj teoryi autorów niemieckich (T r a u b e, F r e r i c h s) mógłby snadnie użyć tego przypadku do illustrowania poszczególnych okresów rozlanego zapalenia nerek, gdzie n e r k a p r a w a przedstawia okres nacieku, n e r k a l e w a zaś zwyrodnienie łączno-tkankowe z następowym zanikiem, poczynający zaś przerost serca mechaniczne następstwo ścieśnienia krążenia krwi w nerkach.

(Dok. nastąpi).

III. Z oddziału Docenta Dra Pareńskiego.

Zapalenie opon mózgowych i rdzenia pacierzowego nagminne.
(Meningitis cerebrospinalis epidemica).

(Sprawozdanie z przypadków leczonych w szpitalu ś. Łazarza w latach 1876—1880).

Skreślił Dr. **Wład. Ant. Gluziński.**

(Odczyt miany na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego).

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 24).

Pomijając tę sprawę, która mię już i tak na pole domysłów i hypotez sprowadziła, powrócę na chwilkę jeszcze do naszego przypadku, aby dodać, że wybitność zmian mózgowych i rdzeniowych, brak powiększenia śledziony, nieskuteczność chininu wykluczają stanowczo zimnicę a utwierdzają rozpoznanie *meningitis cerebro-spinalis*. Nie mogę jednak pominąć jednéj myśli, która mi się tu nasuwa. W literaturze znany jest przypadek Botkina o komplikacyi téj choroby z gorączką powrotną. U naszego chorego długość trwania pojedyńczych ataków (3—4 dni) i nieregularne odstępy takowych w pewnéj części za tą komplikacyją przemawiaćby mogły. Gdyby ten przypadek zdarzył się w r. 1878, w którym u nas tak rozległa epidemija gorączki powrotnéj panowała, a nie 1876, myśl ta wieleby na rzeczywistości zyskiwała, w danych warunkach jednak musi pozostać niezrealizowanym pomysłem.

Skreśliwszy w krótkości historyje chorób, podniósłszy ciekawsze momenta z takowych, podam jeszcze uwagi ogólne nad wszystkiemi przypadkami razem, a mianowicie co się tyczy etyjologii, pojedyńczych objawów, przebiegu, trwania i leczenia.

E t y j o l o g i j a. Nader trudném, a nawet po części śmiesznem, byłoby chcieć opierając się na naszych porozrzucanych 12 przypadkach mówić o ostatecznych przyczynach, które u nas tę chorobę wywołały. Trzebaby szukać tych momentów prawie dla każdego poszczególnego przypadku, a i tak w obec dzisiejszego stanu rzeczy rezultat byłby bardzo wątpliwy. Co do okoliczności ubocznych powiedzieć możemy, że w i e k naszych chorych odpowiadałby dotychczasowym obserwacyjom, t. j. że osoby wieku młodego przeważnie ulegają téj chorobie, jak to następujące zestawienie wykazuje: 12 lat 1, 14 lat 2, 20 lat 2, 23 lat 1, 26 lat 1, 30 lat 1, 34 lat 2, 52 lat 1. P ł e ć była prawie bez wpływu, a nawet kobiety przeważały. Chorzy należeli do k l a s n a j n i ż s z y c h, odżywienie i budowa ciała nie miały znaczenia, zarówno silnie, jak i licho zbudowani zgłaszali się do szpitala. M i e s i ą c e z i m o w e przeważnie dostarczały chorych, a mianowicie od listopada do kwietnia, jak to widzimy z następującego zestawienia: listopad 1, grudzień 2, styczeń 1, luty 2, marzec 1, kwiecień 3, maj 1, czerwiec 1, lipiec 0, sierpień 0, wrzesień 0, październik 0.

O b j a w y. Czy jest okres zwiastunów? oto pytanie, które sobie wielu zadawało i odpowiedzi mamy też rozmaite. Gdy jedni (U p h a m, T o u r d e s, C h a u f f a r d itd.) stwierdzili, że zawsze jakieś wstępne objawy cechują zbliżającą się chorobę, a brak ich ma źródło swoje jużto w trudności zebrania wywiadów od takich chorych, jużtéż w obojętności publiki na lekkie, wybuch choroby poprzedzające, objawy, inni (W u n d e r h o b, Z i e m s s e n i t d.) dowodzą, że okres zwiastunowy należy do rzadkości, choroba rozpoczyna się niespodzianie, nagle. Nie rozstrzygając téj kwestyi odnośnie do

naszych przypadków, o ile daty podane przez chorych są prawdziwe, skonstatować możemy, że w jednym dreszcz powtarzający się dzień po dniu inaugurował sprawę, u 2 chorych, których nieprzytomnych przyniesiono do szpitala i którzy w tym stanie umarli, nie zebrano wywiadów, u reszty, a więc u 9, sprawa zaczęła się nagle, z tych u 4 krótkotrwały dreszcz poprzedził wystąpienie bólu głowy, zawrotu i t. d., u 5 innych ból głowy, zawrot, wymioty i t. d. od razu rozpoczynały chorobę.

Do stałych objawów należał ból głowy, mieliśmy go we wszystkich przypadkach, natężenie jego i rodzaj rozmaity, trwał najdłużéj, bo powracał jeszcze nieraz w rekonwalescencyi. Tuż za tym objawem umieszczamy wymioty: na 12 przypadków ośm z nich podlegało takowym i to w 6 tylko w początkach choroby i trwały 1—4 dni, w 2 towarzyszyły całemu przebiegowi, z nich jeden zakończył się śmiercią. Majaczenia, drgawki należały do rzadkości, w 2 przypadkach były te ostatnie ogólne, w 2 odnosiły się do pojedyńczych części, natomiast dość często spotykaliśmy się ze śpiączką, niepokojem, chorzy krzyczeli, zrywali się, szczególniéj w przypadkach ostrzéj przebiegających. Kontraktury, obok zwyczajnéj mięśni karkowych, o któréj niżéj mówić będą, spotykaliśmy rzadko, raz odnosiły się do zginaczy odnóg dolnych i górnych (II), raz szczękościsk (IV). Porażenia odnosiły się przeważnie do nerwów mózgowych (*N. oculomotorius*, *abducens*, *hypoglossus*), z rzadszych wymienić muszę bezwład ręki prawéj (I) i odnóg dolnych (XI). Nieczulicę zauważono tylko raz, właśnie na bezwładnéj ręce prawéj u Swierczaka. Obok bólu głowy, wymiotów, trzecim ważnym objawem jest napięcie mięśni karkowych. Nie brakowało go téż w naszych przypadkach ani razu. Czas wystąpienia dokładnie podać się nie da, 11 razy jednak między 2—6 dniem choroby można było stwierdzić napięcie mięśni karkowych, raz tylko (IV) w 15 dniu ten objaw wystąpił. Rozszerzenie się kontraktury na resztę mięśni grzbietowych zaznaczyć możemy 4 razy, z tych 3 w postaci *opisthotonus* i *pleurotonus*. W przypadkach śmiertelnych objaw ten trwał do końca, w pomyślnych ustępował zwolna razem z bólem głowy. O intermitującém pojawianiu się napięcia mięśni karkowych u Edmunda W. wspomniałem już wyżéj. W parze z ostatnim objawem szły bóle w stosie kręgowym najczęściéj odnosiły się do części karkowéj, potém lędźwiowéj, a rzadziéj obejmowały cały stos. Bóle nieznośne były dla chorego leżącego w spokoju, gwałtownie wzmagały się przy wykonywaniu ruchu, np. sadzaniu. Ustępowały one wcześniéj niż ból głowy, później niż napięcie mięśni, jeden tylko przypadek przytoczyć możemy, gdzie bóle w części lędźwiowéj były najdłużéj utrzymującym się objawem. Przeczulicę ogólną mieliśmy u 6 chorych, przelotne bóle w odnogach górnych lub dolnych do rzadszych objawów należały, uporczywym był ból okolicy stawu ramieniowego lewego rozpromieniający się wzdłuż całego barku u Stanisława G.

Zestawiając tablice ciepłoty znajdujemy w nich potwierdzenie spostrzeżeń dawniejszych, a mianowicie, że gorączka nie da się uchwycić w żaden stały typ, że z pośród 12 tablic trudnoby dwie było znaleść podobne do siebie. Natężenie gorączki nie szło w parze z nasileniem sprawy chorobowéj i w ogóle ciepłota nie decydowała o pomyślném lub niepomyślném zejściu choroby, podobną gorączkę znachodzimy w najostrzejszym przypadku (I), jak i w najlżejszym (VI), jedyny wyjątek stanowiła Zofija B. (III), gdzie wysokość ciepłoty trzeba było wziąść w rachubę, tu nie niższa ciepłota jak 39° C., zwykle 40° C. a w dzień śmierci nawet 41·2° C. Przeważnie wahała się między 38·5—39·5° C., tor jéj remitujący z eksacerbacyjami wieczornemi (wyjątkowo rannemi), różnice zwykle 0·5—1° C. W przypadkach niepomyślnych gorączka pod koniec albo się podnosiła (III), albo się obniżała (I, II, IV) spadając nawet do subnormalnej (V); w pomyślnych końcowa ciepłota zdradzała po większéj części znaczniejsze wahania, to wracała do prawidłowéj, to znów podnosiła się do 38·5—39° C., różnica między ranną a wieczorną ciepłotą dosięgała nieraz 2° C., słowem przybierała formę gorączki intermitującéj z typem codziennym, a nawet trzeciaczkowym, naturalnie nieregularnym. Jeżeli zaś dodamy, że temu właśnie zachowaniu się gorączki odpowiadało mniéj więcéj obniżenie się przypadów chorobowych, to wiele ma za sobą tłumaczenie tego objawu, jakie podaje Ziemssen (*Deutsch. Archiv für klin. Medizin* T. 1, r. 1866, str. 395) wiążąc przemianę wsteczną i wsysanie złożonéj wypociny na błonach mózgowych i rdzeniowych w przyczynowy związek z tém zachowaniem się gorączki tém bardziéj, że ten sam typ ciepłoty mamy przy rezorbcyi wypocin opłucnowych, osierdziowych, otrzewnowych i t. d. O zachowaniu się gorączki w formie intermitującej téj choroby mówiłem już wyżéj.

Tętno z wyjątkiem 3 przypadków z początku przyśpieszone, nie zawsze jednak w stopniu odpowiadającym gorączce. Przy niepomyślnym obrocie rzeczy bez względu czy gorączka się podnosiła czy opadała nawet do subnormalnéj, tętno co do liczby wzmagało się (120—138) a największą ilość osiągało w dniu śmierci; jak widzimy, objaw ten napotkany wśród obserwacyi każe po większéj części źle rokować. W przypadkach, które zakończyły się wyzdrowieniem, tętno albo wracało do ilości prawidłowéj razem z ciepłotą, albo pozostawało na swojéj pierwotnéj wysokości i z polepszeniem ogólném dopiero wracało do zwykłego stanu.

U sześciu chorych mieliśmy zmiany na skórze i to 5 razy *herpes* (V, IX, X, XI, XII), raz drobne wynaczynionki na podbrzuszu (VI), raz różycowate rozległe zaczerwienienie na odnogach górnych i dolnych (IX), w tym samym przypadku i *herpes* przybrał szerokie rozmiary, bo zajmował wargę górną, podniebienie twarde i miękkie. Pojawienie się tych zmian skórnych miało miejsce między 3 a 6 dniem choroby, znaczenia prognostycznego przypisać im nie chcę, za mały jest mój materyjał, nadmienić jednak muszę, że z tych przypadków tylko jeden (V) zakończył się śmiercią, inne miały pomyślny przebieg. Objaw ten z czasem może nabrać znaczenia, gdyż to same spostrzeżenie znajdujemy i w kilku innych sprawozdaniach, brakuje jednak dokładnego statystycznego zestawienia, jak to dla zapalenia płuc zrobił R. Geissler (*Archiv der Heilk.* t. II, str. 115), z którego wyciąga wniosek o korzystném rokowaniu w przypadkach zapalenia płuc, gdzie *herpes* występuje; możeby więc to prawo, po takiém samém zestawieniu, dało się odnieść i do *meningitis cerebro-spinalis*. Narząd oddechowy odznaczał się pewną opornością, 4 razy stwierdzony za życia nieżyt oskrzelowy, dwukrotne, silne przekrwienie tylnych części płuca spostrzeżone na stole sekcyjnym, raz zapalenie płuc opadowe, oto wszystko co przytoczyć można.

Zaparcie stolca należało prawie do stałych objawów, wyjątek zachodził u Maryjanny B. (II) i Stanisława G. (X), gdzie choroba zaczęła się rozwolnieniem i w dwóch przypadkach, gdzie biegunka zajęła miejsce pierwotnego zaparcia

stolca i trwała kilka dni. To ostatnie zachowanie się stolca w ciągu całéj choroby nie należy do odosobnionych spostrzeżeń, w każdém sprawozdaniu znajdziemy podobne przypadki. Tourdes (*Histoire de l'épidémie de meningite cérébro-spinale observée à Strasbourg au 1840 et 1841.* Schmidt's *Jahresber.* 1845, t. IV, str. 109) w epidemii strasburskiéj uważał nawet u większéj liczby chorych rozwolnienie występujące w 6 lub 7 dniu choroby, a Pitts (*Virch. u. Hirsch Jahresb.* 1872 t. II, str. 204) w sprawozdaniu epidemii z południowych okolic Missisipi robi tę ciekawą wzmiankę, że ani jeden jego pacyjent nie był wolny od uciąźliwego rozwolnienia.

Powiększenie śledziony stwierdzono 3 razy, w reszcie przypadków rozmiary jéj prawidłowe.

Z 11 badanych moczów w 5ciu wykazano większy lub mniejszy ślad białka, który częścią odnosimy do zmian, jakie gorączka w nerkach wywołuje, częścią idąc za Rosensteinem (*Berl. klin. Wochenschrift* 1872 Nr. 29) do zaburzeń w krążeniu .wywołanych przez porażenie nerwów naczynio-ruchowych, bo nie mając żadnych danych pod ręką, trudno mówić w tych przypadkach o infekcyjném zapaleniu nerek *sui generis*, jakie w ostatnich czasach w błonicy i *meningitis cerebro-spinalis* opisali Bouchard i Gauches (*Gasette médicale de Paris* 1881, Nr. 10).

(Dokończenie nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Nowsze sposoby wykrywania obcych barwików w winie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 24.)

Bardzo prosty sposób wykrycia fuksyny podaje Baudrimont. Kilka kropli wina daje się na dłoń. Jeżeli po kilku minutach skóra ubarwi się czerwono, a plama zmyć się wodą nie da, obecną była fuksyna. (*Compt. rend. 84, 1248*).

E. Jacquenim podaje również bardzo prosty sposób wykrycia barwików obcych w winie. 10 do 20 cm. sz. wina ogrzewa się kilka minut z małym kawałeczkiem bawełny strzelniczéj. Bawełna strzelnicza zabarwi się przytém odpowiednio. Następnie ogrzewa się ją z wodą. Jeżeli wino było naturalne, bawełna odbarwi się zupełnie, bo barwiki naturalne są w wodzie rozpuszczalne, w razie obecności zaś fuksyny pozostanie różową. *Orseille, Malve* etc. dają podobne zabarwienie, które można odróżnić odmienném zachowaniem się z amoniakiem (patrz niżéj). (*Bull. de Soc. chim. de Paris 26, 68*).

Komisyja złożona z panów Latour, Yvon, Wurtz i Marty wydała ocenę różnych metod wykrycia obcych barwików w winie, która da się streścić, jak następuje:

1) Bezpośrednie wyciągnięcie barwików z wina amylowym alkoholem lub eterem. Według p. Romei przejdą w rozczyn amylowy fuksyna, *Orseille* i kwas rozolowy. Dla odróżnienia należy 50 cm. sz. wina ogrzać z 10 cm. sz. octanu ołowiowego, jednak nie do wrzenia, przesączyć, do oziębionego przesączu dodać 10 kropli kw. octowego i 10 cm. sz. alkoholu amylowego i silnie skłucić. Jeżeli wino było czystém, alkohol amylowy pozostanie bezbarwnym, będzie zaś różowym lub wiśniowo-czerwonym, jeżeli wino zawierało fuksynę, jeżeli koralinę czyli kwas rozolowy stanie się żółtym, a jeżeli *Orseille* różowo lub fijołkowo-czerwonym. Zabarwiony alkohol amylowy odlewa się i kłuci się go z równą ilością słabego rozczynu amoniaku. Jeżeli się alkohol odbarwi, a amoniak pozostanie bezbarwnym, obecną była fuksyna. Jeżeli odbarwi się alkohol, ale amoniak przybierze barwę fijołkowo czerwoną, obecnym był kwas rozolowy (koralina). Jeżeli zabarwi się amoniak niebiesko, mamy *Orseille*.

2) Poprzednie działanie amoniaku lub wody barowéj na wino, następne wyciągnięcie barwika eterem etylowym, octowym, benzolem lub chloroformem, strącenie barwika na włókna, zawierające ciała azotne. Tutaj należą metody Falièresa, Jacquemina, Bouilhona, Girarda, Fordosa etc.

O metodach tych z wyjątkiem metody Falièresa, już mówiliśmy.

Metoda p. Falièresa. Po poprzedniém zalkalizowaniu kłuci się badane wino z eterem, dodawszy poprzód parę kropli kw. octowego. Po odstaniu odlewa się eter i kłuci go się znów z amoniakiem. Fuksyna rozpuści się bezbarwnie w eterze jako rozanilina, kwas zaś rozolowy zabarwi amoniak fijołkowo-czerwono. Wełnę lub jedwab fuksyną zabarwione odbarwia amoniak, kw. octowy wywołuje zabarwienie czerwone na nowo.

Fuksyna w winie łączy się dość prędko z Oenoliną i strąca się jako rodzaj laki, która osiada na ścianach naczynia. Należy więc w takich razach wziąść i osad ten do badania. (*Journ. de Pharm. et de Chim. 25, 579*).

R. Brummer podaje następujący sposób wykrycia fuksyny: ogrzewa się kawałek kwasu stearynowego (stearyny) w winie badaném do stopienia. Następnie skłuci się kilka razy płyn ciągle ciepły i zostawia kilka chwil w spokoju, aż oziębnie. Jeżeli wino zawierało fuksynę, to stearyna skrzepnięta będzie mniéj lub więcéj fioletowo zabarwiona. Jeżeli wino czerwone było bez fuksyny, to stearyna jest co najwyżéj w dolnéj warstwie czerwonawo zabarwioną, skutkiem mechanicznie w niéj zamkniętych cząstek wina. (*Polytechn. Notizbl. 34, 127*).

Systematyczny sposób wykrycia barwików najczęściéj używanych do fałszowania wina podaje G. Chamel. 10 cm. sz. wina zaprawia się 3 cm. sz. rozczynu 5% octanu sodowego, ogrzewa, sączy, a osad ciepłą woda wymywa. Jeżeli przesącz jest zabarwionym, to zawiera fuksynę. W tym razie rozpoznaje ją się przez klucenie z alkoholem amylowym. Nader mała ilość fuksyny może się także w osadzie znajdować. Osad na sączku pozostały oblewa się kilkakrotnie 2% rozczynem węglanu potasowego. Węglan potasowy zabierze pozostałą jeszcze fuksynę jakoteż czerwień koszenilową i indycht. Czerwień kampechowa i alkanowa pozostanie w osadzie na sączku, nierozpuszczona. Jeżeli wino było naturalném, odsącz węglanu potasowego będzie żółty lub słabo zielonawo-żółty. Rozczyn alkaliczny węglanem potasowym otrzymany zakwasza się kwasem octowym i kłuci się z alkoholem amylowym. Ten ostatni rozpuści domięszaną fuksynę, w rozczynie pierwotnym zaś jako w alkoholu amylowym nierozpuszczalne pozostaną koszenila i indycht. Po odłączeniu alkoholu amylowego dodaje się do rozczynu pierwotnego trochę kwasu siarkowego, który uwolni kwas karminowy, zawarty w koszenili, a będący w rozczynie alkalicznym w połączeniu z potasem. Podobnież kwas siarkowy uwolni i indycht z połączenia z potasem. Dodany teraz znów alkohol amylowy zabierze z sobą po skłuceniu kwas karminowy czyli koszenilę, która jeżeli była w winie w większéj ilości, barwi rozczyn alkoholowy mniéj lub więcéj czerwono; w innym razie trzeba ją spektralnie badać. W płynie pierwotnym pozostał teraz tylko indycht, i ztąd jego zabarwienie niebieskie. Na sączku pozostałe jeszcze

barwiki wykrywa się w następujący sposób. Osad zawierać może naturalne barwiki wina, barwik drzewa kampechowego i czerwień alkanową. Celem rozpuszczenia dwóch pierwszych wytrawia się osad rozczynem siarczku potasu. Odsącz ogrzewa się z małą ilością węglanu potasowego i dodaje 1 do 2 kropli wody wapiennéj, jeżeli wino było czystém, odsącz będzie zielonawo-żółtym, jeżeli zawierało zaś barwik drzewa kampechowego, przesącz będzie zabarwionym pięknie czerwono. Z pozostałego jeszcze osadu pierwotnego, strąconego octanem ołowiowym, wyskok wyciągnie czerwień alkanową i skutkiem tego przybierze barwę czerwoną. (*Compt. rend. 84, 348*). *Dr. L. Kopff.*

Pokrewieństwo dwoinek.

Taki tytuł nosi jeden z rozdziałów rozprawy Cohna (*Untersuchungen über Bacterien*) zamieszczonéj w zeszycie 2gim tomu I, wydawanego przezeń archiwu botanicznego p. n. *Beiträge zur Biologie der Pflanzen.* Gdy z jednéj strony lekarz czysto praktyczny z czasopismem powyższém chyba przypadkowo spotkać się może, z drugiéj zaś coraz częściéj zniewolonym jest czytać już to krótkie wzmianki już téż to dłuższę sprawozdania o dwoinkach dla stosunku ich udowodnionego lub podejrzywanego do téj lub owéj choroby: przeto mniemam, że pożądaném będzie dla niejednego z czytelników *Przeglądu*, jeśli, podług źródła wymienionego, przedstawię mu w skróceniu sprawę objętą nagłówkiem.

Gdzie należą dwoinki, do królestwa zwierzęcego, czy roślinnego? Na pytanie powyższe literatura przedmiotu odpowiada, że dwoinki pierwotnie do zwierząt, obecnie zaliczane bywają do roślin przez największą część badaczy. Niektórzy atoli autorowie oznaczają dotąd dowolnie pewne rodzaje dwoinek jako wymoczki (*microzoaires*), inne zaś, lub nawet te same w innym okresie rozwoju, jako grzybki (*microphytes*). W sprawie téj Cohn trwa przy zdaniu, wygłoszoném jeszcze w r. 1853, że dwoinki zdają się należeć do królestwa roślinnego, ponieważ okazują objawy najbliższego pokrewieństwa z wodorostami (*algae*). Przeciwnie zaś bardzo mało mają wspólnego ze zwierzętami. I tak zwracając uwagę na wymoczki, to część ich przeważna odznacza się wielką ilością rzęs (*inf. ciliata*, orzęski), mniejsza część zaś, najprostszéj budowy, zaopatrzoną jest w jednę lub więcéj długich smagawek (*inf. flagellata*, wiciowce [1]). Pomijając inne stosunki budowy, pierwsze posiadają bez wyjątku gębę i przewód pokarmowy, z drugich zaś brakuje urządzeń powyższych tylko niektórym gatunkom. Te odpowiedniéj jest złączyć z roślinami. Jak z wymoczkami, tak samo mało związku mają dwoinki z roznóżkami (*rhizopoda*), ustrojami przedstawiającemi bardzo prosty typ w królestwie zwierzęcém. Tylko co do wszczątków (*monades*) możnaby podejrzywać dwoinki o pokrewieństwo [2]). Mianowicie dwoinki kształtu gałeczkowego i wałeczkowego łatwo można zamienić z wszczątkami kulistemi lub eliptycznemi. Gdy smagawki, podejrzywane pierwotnie przez Ehrenberga u wszystkich ustrojów, o których rzecz odkryte następnie przez Cohna u jednego gatunku (*spiryllum volutans*), zostały dojrzanemi przez Kocha u wielu gatunków dwoinek: należałoby, zdaniem Cohna, wszczątki bezgębne połączyć z dwoinkami, opatrzonemi w smagawki. Główną przeszkodą w zaliczeniu dwoinek do roślin stanowił w oczach wielu badaczy ruch ich, wyglądający pozornie na własnowolny. Że on atoli takim nie jest, nie ulega wątpieniu. Pojęcie własnowolności obejmuje w sobie doznawanie wrażeń, świadomość doznanych, następnie sąd o nich, wreszcie zastosowanie do niego ruchu: słowem czynność umysłową tak złożoną. że o niéj mowy być nie może przy ustrojach tak pojedyńczych jak dwoinki. Jaka to zaś jest siła, która je, podobnie jak inne twory (*oscillaria, diatomea, spermatozoida, zoospora*), skręca około osi podłużnéj i posuwa zarazem z miejsca zajmowanego, tego nie wiemy. To atoli pewna, że siła ta nie należy do świata wyobrażeń i woli, jeno do dziedziny bezwiedności. Tyle co do związku dwoinek ze światem zwierzęcym.

Co zaś do stosunku ich ze światem roślinnym, to przeważna część autorów, którzy je tam zaliczają, mianuje je grzybami. Przeciw nazwie téj nic mieć nie można, jeśli pod grzybami mamy rozumieć wszystkie rośliny plechowate (*thallophyta*), które obywają się bez barwika zielonego (*chlorophylum*) lub innego równoważnego, i nie przyswajają bezwodnika węglowego (CO_2). Od właściwych atoli grzybów różnią się tém, że tamte rozwijają grzybnię (*mycelium*) nitkowatą, i rozmnażają się za pomocą zarodników, umieszczonych na podstawkach [1]) (*basidiospori*) lub w puszkach [2]) (*ascospori*). Dla tego Naegeli uczynił z nich słusznie osobną gromadę i ochrzcił mianem, które noszą (*schizomycetes*). O ile się różnią od grzybów, o tyle zgadzają się całkowicie tak ze względu na ukształtowanie jak historyję rozwoju z roślinami, zwanemi *phycochromacea*, których komórki zawierają barwik *phycochrom* to jest mieszaninę barwika zielonego (*chlorophyllum*) z niebieskim (*phycocyan*), zkąd barwa roślin niebieskawo-zielonkowata. Rośliny te różnią się od dwoinek tém tylko, że przyswajają bezwodnik węglowy, i z tego powodu zaliczają się do wodorostów (*algae*). Dwoinki stanowią początek w szeregu roślin *phycochromacea*, przedstawiają jednę z najpierwotniejszych form życia, a jako takie łączą w sobie różnorodne cechy.

Jeśli się zapuścimy w rozbiór poszczególnych gatunków dwoinek, względnie kształtów ich rozwoju, spostrzeżemy, że różne dwoinki są najbliżéj spokrewnione z różnemi rodzajami roślin, zwanych *phycochromacea*. I tak dwoinki w kształcie gałeczek i wałeczków (*micrococci et bacteria*) bliskiemi są rodzinie *chrococcacea*, to jest poddziałowi roślin *phycochromacea*, w którym komórki roślinne żyją odosobnione lub skupione w gromady za pośrednictwem istoty międzykomórkowéj, galaretowatéj; w szczególności zaś bliskiemi są téj części rodziny, zwanéj *chroococcacea*, w któréj dzielenie komórek odbywa się tylko w jednym kierunku, a jeszcze bardziéj szczegółowo rzecz biorąc, rodzaj *bacterium* zgadza się zupełnie pod względem kształtu z rodzajem *synechococcus* (tworzącym na skałach wilgotnych powłoki niebieskawo-zielonkowate), rodzaj zaś *micrococcus* odróżnia się od rodzaju *chrococcus* tylko drobnością i bezbarwnością komórek. (O stanie nieruchomym, w którym dwoinki powyższe skupione, i obwiedzione istotą galaretowatą, spokojnie się mnożą (*zoogloea*), wspomnieć wypada, że w rodzinie *chroococcacea* napotykamy go w gatunku *gloeotece.* W ogóle zaś należy pamiętać, że mnożenie się w stanie nieruchomego zlepienia jest w ustrojach niższych, jednokomórkowych zjawiskiem wcale nierza-

[1]) Te Haekel zalicza (nie do wymoczków, jeno) do pratworków (*protista*). — *Przyp. spraw.*

[2]) Szczególniéj następne wszczątki stoją blisko dwoinek: *monas Okenii, Warmingii, vinosa* tudzież *ophidomonas* (*Ehrenbergii*) i *rhabdomonas rosea.* — *Przyp. Spraw.*

[1]) Wedle Czerwiakowskiego pałeczkach — (*Prz. Spr.*)

[2]) Wedle Nowakowskiego: woreczkach — (*Prz. Spr.*).

dkiém. Tak np. *euglena*, jeden z gatunków bezgębnych wiciowców (*flagellata*, zaliczany tam prawdopodobnie nieodpowiednio, p. wyżéj), który zwykle żywo się w wodzie roi, wydziela z siebie w pewnym okresie rozwoju istotę galaretowatą, za pomocą któréj łączy się w kożuchy pływające. W tym stanie nieruchomym mnoży się szybko do czasu, to jest dokąd znowu nie wyroi się wolno z otaczającéj istoty lepkiéj międzykomórkowéj). Co do reszty dwoinek, to w rzędzie pasemkowych (*desmobacteria*) rodzajowi zwanemu *baccillus*, odpowiada wśród roślin *phycochromacea* kształt prawidłowy rośliny *oscillaria* (*drgalnice*) [1]), kształt zaś wygięty i przegubny rodzaju *vibrio* znajduje się w gatunku *oscillaria terebriformis*; z rzędu dwoinek śrubkowych (*spirobacteria*) rodzaj *spirochaete* nie da się oddzielić od *spirulina*, rodzaj zaś *spiryllum* zdaje się być krótszym jeno kształtem tego samego typu. Odkąd atoli Cohn odkrył smagawki (*flagella*) w dwoince *spiryllum volutans*, a po nim Koch spostrzegł je w innych jeszcze rodzajach i gatunkach dwoinek, [2]) odtąd zachwiał się związek ścisły dwoinek pasemkowych i śrubkowych z drgalnicami (*oscillaria*), gdyż u żadnéj z ostatnich nie znaleziono dotąd smagawek, a nasuwa się na myśl związek ich z wiciowcami (*flagellata*), o czém wyżéj.

Dr. Różański (*Lwów*).

Dr. H. Seemann: **O działaniu wodochloranu pilokarpinu przeciw puchlinie w zapaleniu nerek płonicowém.**

Epidemija płonicy, podczas któréj autor czynił swoje spostrzeżenia, odznaczała się niezwykłą częstością powikłania z zapaleniem nerek i następową puchliną. W 9 przypadkach stósował S. pilokarpin w postaci podskórnych wstrzykiwań. Z tych 5 zakończyło się szybko i pomyślnie, reszta przypadków zaś, jakkolwiek w większéj części (3) pomyślna, z pewnych, daléj mających się wyłuszczyć, względów budzi pewien interes. W 3 przypadkach w okresie wysoko posuniętéj opuchliny już po drugiém zastrzyknięciu pilokarpinu w ilości 0,01 na raz wystąpiły zmiany w płucach pod postacią ostrego nieżytu oskrzeli, drugi raz zapalenia płuc, wreszcie w trzecim przypadku krwotoku płucnego z zejściem śmiertelném. Równie na uwagę zasługuje przypadek ostatni, gdzie toż samo po dwukrotném wstrzyknięciu pilokarpinu, w ilości jednorazowéj 0,006, wystąpił bezpośrednio napad mocznicowy.

Wystąpienie mocznicy tłumaczy się nagłém przejściem mocznika w krew aż dotąd w przepocinach nagromadzonego a to pod wpływem zwiększonego oddawania moczu i potu, odpowiednio nagłego zmniejszania się opuchliny.

Zmiany w płucach tłumaczy działanie fizyjologiczne pilokarpinu. Leyden nazwał to działanie podnieceniem nerwów hamujących w naczyniach obwodowych, naczynia te się rozszerzają, parcie krwi w systemie tętniczym staje się mniejszym, strumień krwi powolniejszym, jest dążność do większego wypełnienia krwią pojedyńczych tkanin. Że łatwiéj przychodzi do tego w płucach, wytłumaczyć się da ułożeniem chorego na wznak, nagle zwiększoną ilością śluzu i śliny, które do tchawicy się dostają a przez dzieci z trudnością tylko należycie mogą być odkrztuszone.

Z tych powodów uwagi autora co do podawania *pilocarpinum mur.* są następujące:

1) *P. mur.* w zapaleniu nerek płonicowém z następstwami jest jeszcze skuteczne, skoro inne środki pozostały bez rezultatu, uciekać się jednak należy do niego tylko w bardzo uporczywych przypadkach.

2) Jeżeli po użyciu *pilocarp. mur.* opuchlina chyżo znikać poczyna, trzeba dalszy bieg choroby pozostawić samemu sobie, dalsze bowiem użycie może wywołać mocznicę.

3) Po każdém zastrzyknięciu wypada dokładnie badać narząd oddechowy. (*Zeitschrift f. klin. Med. II, 3, 1881*).

Dr. K. Bossowski.

Fr. Th. Frerichs: **O równoczesném wydzielaniu białka i cukru z moczem.**

Cukier i białko równocześnie znajdował Frerichs w moczu w glykosuryi, *diabetes mellitus* i chyluryi. W 30 przypadkach glykosuryi (chwilowe wydzielanie moczem mniejszych ilości cukru) znalazł 14 razy białko. Byłoto w ostrych lub przewlekłych chorobach mózgu i z wyjątkiem jednego przypadku krew była w komórkach. Autor uważa przeto wydzielanie cukru jako skutek obrażenia czwartéj komórki i ztąd z obecności cukru w moczu podczas napadu apoplektycznego wnosi o wynaczynieniach w czwartéj komórce. Co do *diabetes mellitus* nie zgadza się Frerichs z wielu autorami (Griesinger, Seegen, Dickens, Tomas), którzy sądzą, że sprawia bardzo często zapalenie nerek (28—66%), albowiem na 316 przypadków, które przez długie lata badał, znalazł zapalenie nerek tylko 16 razy (5%). Zapalenie nerek wywołuje zazwyczaj inna jakaś choroba (suchoty płucne, zapalenie pęcherza) a nie *diabetes mellitus.* Wytłumaczyć się nie da wystąpienie białka, cukru i tłuszczu w moczu przy chyluryi. Brieger jedynie stwierdził, że mocz zawiera więcéj tłuszczu, gdy chory tłuste je pokarmy, a znika zupełnie, gdy chory powstrzymuje się od tłuszczów. (*Deutsche medizinische Wochenschrift.* 1881, Nr. 21). *Dr. Bogdanik.*

Wiadomości pomniejsze.

(L. K.) **Próba na peptony w moczu.** Najczulsza próba na peptony jest zaprawienie badanéj cieczy ługiem sodowym lub potasowym i siarkanem miedziowym. Zabarwienie różowo-czerwone lub fijoletowe wykazuje nam obecność peptonów. Czuła ta jednak próba nie da się użyć do wykrycia mniejszych ilości peptonów w moczu. Właściwe zabarwienie moczu znieczula oddziaływanie na próbę miedziowo-potasową. Również i poprzednie strącenie alkoholem peptonów w moczu nie zawsze da pożądane wyniki, bo mniejszych ilości peptonów alkohol nie strąca. Z tych powodów podaje Hofmeister następujący sposób: 500cm. sz. moczu badanego, wolnego od białka i mucyny, zaprawia się rozczynem kwasu garbnikowego. Po odstaniu przez 24 godzin zbiera się powstały osad na sączku, wymywa dokładnie wodą, do któréj się dodało małą ilość kwasu garbnikowego i siarkanu magnowego. Dokładnie obmyty osad daje się na czarkę i kłuci się dokładnie z wodą barową, do któréj dodało się trochę wodnika barowego. Ciemniejszy teraz osad zbiera się na sączku, a w płynie odsączonym, bez-

---

[1]) Do téj rodziny Billroth zalicza przeważną część dwoinek uznanych przez Cohna za osobne gatunki i rodzaje. (Ściśle mówiąc, wszystkie z wyjątkiem *spiryllum* i *spirochaete*, które zastrzega sobie do oddzielnego zbadania). Gatunki zaś i rodzaje Cohna uważa za różne formy rozwoju jednéj rośliny gromady wodorostów. (*Przyp. Spraw.*)

[2]) Mianowicie: *bacterium lineola, baccillus subtilis et trumulus, vibrio rugula*, wreszcie *spiryllum undula.* Przez Kocha zaś to samo spostrzeżenie zrobili Dallinger i Drysdale na gatunku *bacterium termo*, Warming zaś na rodzajach *vibriones et spirylla.* żyjących na brzegach Danii. (*Przyp. Spraw.*)

barwnym lub nieco żółtawo zabarwionym, mamy peptony wolne od kwasu garbnikowego. Celem wykrycia peptonów można bezpośrednio do odsączonéj cieczy dodać kilka kropel rozcieńczonego rozczynu siarkanu miedziowego. Zabarwienie różowe lub fijołkowe wykazuje nam obecność peptonów. Próby najlepiéj robić w kieliszku z małą ilością cieczy badanéj. Podczas, gdy badanie bezpośrednie w moczu peptonów, wykazuje ich obecność dopiero, jeżeli ich się znajduje 1·50 do 2·00 grm. na litr., to badanie według Hofmeistra wykazuje już zabarwienie różowe gdy na jeden litr moczu przypada 0·15 do 0·20. (*Zeitschrift für physiologische Chemie* 4, 233).

(K. B.) **Leczenie eklampsyi przez puszczenie krwi i podawanie chloralu.** Dziecko 8-letnie w 22 dniu płonicy powikłanéj z białkomoczem dostało napadu eklamptycznego. Wystąpił zapad, podczas którego Dr. Gyot zrobił upust krwi w ilości 300 grm. i zalecił dwie lewatywy z chloralu. Dziecko szybko przyszło do siebie. Nie dawno ogłosił Dr. Lépine przypadek, w którym u dziecka częściéj się powtarzające napady eklamptyczne ustąpiły bezpowrotnie po jednéj lewatywie z zwykłéj wody. (*Gaz. des Hôpit.*)

(K. B.) **Wydobycie kawałka stali z siatkówki za pomocą magnesu.** Na posiedzeniu Towarzystwa chirurgicznego paryskiego w dn. 13 kwietnia przedstawił Dr. Gałęzowski następujący przypadek: Robotnikowi u mechanika lat 41 liczącemu wpadł odłamek stali do oka. Przebiwszy rogówkę, tęczówkę, soczewkę, utkwił w siatkówce cokolwiek po nad i na zewnątrz od tarczy nerwu wzrokowego. Widzenie okiem tém było znacznie upośledzone i pomimo leczenia przeciwzapalnego zapalenie i bóle wzmagały się z dnia na dzień. W tym stanie zdecydował się G. wykonać ekstrakcyję wpadłego odszczepu zapomocą sondy magnesowéj Collina, co mu się téż najzupełniéj powiodło, w kilka dni nastąpiło zabliźnienie, objawy zapalne ustąpiły. Operowanego przedstawił Dr. G. Towarzystwu, liczy on okiem operowaném palce na 2 kroki, czyta Nr. 12. Jakkolwiek metoda wydobywania ciał obcych metalicznych z głębi oka za pomocą magnesu jest już od dawna znaną, to jednakże we Francyi jest to pierwszy przypadek, i to pomyślnym rezultatem uwieńczony. (*Gaz. des hôpit.*)

(L. K.) **Ciała do alkaloidów podobne, powstające przy gniciu białka.** Ciała krystaliczne w wielu względach do alkaloidów podobne otrzymał Selmi z gnijącago białka jaj. Sole powstałe skutkiem działania kw. chlorowodowego na te ciała są w wysokim stopniu trującemi i działają na żabę podobnie jak kurara. Jeżeli na ciała te działają alkalija żrące tworzy się amoniak i istota wonią silną bardzo koniin przypominająca. Ciało to do koniinu podobne da się przepędzić i redukuje molybdenian fosforowo-amonowy. Skutkiem działania ciał silniéj utleniających tworzą się kwasy tłuszczowe lotne. (*Acad. de Lincei* (3) 4. — *Zeitschr. f. anal. Chem.* 383).

(L. K.) **Celem wykrycia pilokarpinu w dochodzeniach sądowolekarskich** podaje Poehl następujące spostrzeżenia: Pilokarpin zdarza się z innemi alkaloidami przy kłuceniu cieczy zalkalizowanéj z chloroformem. Z odczynników ogólnych najczulsze są kwas fosforo-molybdenowy i rozczyn jodu w jodku potasu. Charakterystyczném jest zabarwienie zielone z dwuchromianem potasowym i kwasem siarkowym. (*Chem. Centralbl.* II. 213).

(L. K.) **Tworzenie się kwasu szczawiowego** w różnéj ilości wykazał Melckebeke przy niszczeniu ciał organicznych przy dochodzeniach sądowo-lekarskich, jeżeli się użyje sposobu Frezenius-Babo, polegającego na niszczeniu tych ciał kw. chlorowodowym i chloranem potasowym. (*Zeitschr. f. anal. Chem.* XVIII. 129).

(L. K.) **Celem wykazania wolnego kwasu siarkowego w occie** podaje Huber następującą metodę: kilka kropli wysyconego zneutralizowanego rozczynu molybdenianu amonowego odparowuje się na nożu platynowym do suchości; poczém daje się na to parę kropli octu, na kw. siarkowy badanego i ogrzewa się z lekka, aby odparować tyle tylko, iżby pozostałość zawsze jeszcze była wilgotną. Jeżeli teraz dmuchając, ochłodzimy wilgotną pozostałość, to w razie obecności kw. siarkowego powstanie wyraźne zabarwienie niebieskie. Zabarwienie to za ogrzaniem znika, po oziębieniu zaś znów występuje. (*Corr. Bl. d. Ver. analyt. Chemiker* I. 31).

(K. B.) **Kurza ślepota** (*Hemeralopia*) **w chorobach wątroby.** Dr. Parinaud miał sposobność obserwować w ostatnich czasach, tak w szpitalach jak i w prywatnéj praktyce, znaczniejszą liczbę przypadków kurzéj ślepoty u chorych dotkniętych cierpieniami wątroby. Z przypadków tych przedstawia następujące wnioski: kurza ślepota jest powikłaniem chorób wątroby jak się zdaje nie tak rzadkiém. Towarzyszy jedynie przewlekłym zmianom wątroby, przedewszystkiém marskości. Nie zdaje się wywoływać ją żółtaczka ale osobliwa zmiana krwi zależna od zaburzeń w czynnościach wątroby. (*Arch. de méd.*)

V. Kilka słów w sprawie higijenicznéj reformy szkół.

Przez Dra **Tadeusza Żulińskiego.**

Ponieważ petycyja Towarzystwa lekarzy galicyjskich, wniesiona do sejmu r. 1880, w sprawie higijenicznéj reformy szkół, dotykając ogólnikowo koniecznéj potrzeby zaprowadzenia jéj wskazała tylko najważniejsze punkta na których się opierać winna, a memoryjał ś. p. Prof. Dr. St. Janikowskiego, wypracowany w porozumieniu z Doc. Dr. K. Grabowskim i Dr. B. Lutostańskim dla krakowskiéj ankiety szkolnéj, rozwija te punkta więcéj nieco szczegółowo, przeto i my do tych szczegółowych wniosków memeryjału dorzucić chcemy także kilka uwag, dotyczących niektórych nader ważnych zmian w zaprowadzić się mającéj higijenicznéj szkół reformie. Ponieważ jednak sprawa zdrowotnych potrzeb szkoły, tak jest jeszcze u nas dotąd niejasno i niedokładnie pojmowaną i tak mało cenioną, jeżeli nie lekceważoną prawie, przeto dużo jeszcze tu zostaje do zrobienia, t. j. do podnoszenia, rozwijania jakotéż i przypominania, czego dotąd nie ma i nie zarządzono jeszcze. Uwagi więc nasze nie będą może wcale zbyteczne.

Nie wdając się w dalszy ogólny rozbiór podniesionéj reformy szkolnéj ze względów higijenicznych przystępujemy tu do pojedyńczych punktów poruszonych w memoryjale.

I tak w § 2 ze względu na wzrok szkolnéj młodzieży, postawione jest nader słuszne żądanie: „ażeby wyznaczono osobną komisyję z lekarzy złożoną, którąby przejrzała książki szkolne w Galicyi używane, wykazała ich usterki, co do czytelności druku i zaleciła ulepszenia, jakie w téj mierze są konieczne“.

Otóż w tym punkcie nastręcza się nam następująca uwaga, a mianowicie, że ze względu na wzmagającą się w szkołach krótkowzroczność, pominąwszy już wielkiego tu znaczenia ławki i stoły szkolne, jakotéż oświetlenie sal i usadzanie odpowiednie do wieku uczniów, równą baczność nietylko na książki szkolne zwracać należy, ze względu na papier ich i rodzaj druku co do wielkości i grubości czcionek (liter) jakotéż ściśliwości druku w wyrazach i szerokości szpalt na ich kartach, ale i na wzory rysunkowe, metodę wedle któréj są nauczane, wzory kaligraficzne i sposób pisania, mapy geograficzne, jakotéż na wszelkiego rodzaju roboty ręczne, a w szczególności kobiece. Kaligrafii, rysunkom

i robotom ręcznym poświęca się w szkołach stosunkowo bardzo wiele czasu, począwszy już od ogródków Froeblowskich gdzie dzieci, nieużywające jeszcze książek, robotami się przecie zajmują.

Potrzeba przeto, ażeby komisyje higijeniczne złożone z lekarzy powoływanych przez krajowe Rady szkolne oznaczywszy stałe normy drukarskie, co do wydawnictwa książek szkolnych, odnośnie do wielkości i grubości liter, odstępów między literami, wyrazami i wierszami, jakoteż co do długości wierszy na stronicy i rodzaju papieru, którego się do drukowania używać powinno, przestrzegały ich pilnie przy dawaniu swego uznania na obowiązkowe książki szkolne. To znaczy, że nietylko treść, ale i forma ich odtąd kontroli władz szkolnych podlegać powinna.

Nie dosyć jest tutaj polecić nauczycielowi, jak to opiewają rozporządzenia władz szkolnych, „aby usuwał wszystko cokolwiek mogłoby szkodliwy wywierać wpływ na wzrok młodzieży szkolnéj", ale trzeba mu dać w tym względzie szczegółowe instrukcyje, którychby się trzymać musiał i któreby go pouczyły na czém mianowicie to „usuwanie wszystkiego co szkodliwy wywiera wpływ na wzrok młodzieży" polega. Panuje bowiem w tym względzie niesłychana dowolność, która źródło swe ma przeważnie w nieświadomości rzeczy, i w nieuwzględniu wcale warunków higijenicznych przy nauczaniu. Gorliwemu nauczycielowi idzie głównie o to, ażeby przedmiotu, który wykłada, nauczył ucznia swego dobrze i prędko.

I tak, od niezbyt dawna zaczęto wprowadzać do szkół naszych ludowych, a więc gdzie uczęszczają najmłodsze wiekiem dzieci, metodę nauczania rysunków tak zwaną stigmograficzną. Polega ona na tém, że białe zeszyty rysunkowe, przepełnione są mnóstwem maleńkich ledwie widzieć się dających kresek w bliższych i dalszych od siebie pozostających odstępach, które uczeń odpowiednio łączyć powinien za pomocą ołówka ze sobą linijami prostemi lub krzywemi tak, aby ztąd powstawały żądane figury. O ile metoda ta rysowania jest dla oka nużącą i szkodliwą dowodzić tu nie potrzebujemy, jeżeli bowiem wielkość liter w książkach szkolnych, wedle znakomitego wrocławskiego okulisty Dra Cohna, nie powinna być mniejszą od 1,50 mm., ze względu na higijenę wzroku, to cóż dopiero mówić o sieci punktów najsamych, które mniejsze są i trudniéj dostrzegalne od najmniejszego nawet używanego po książkach t. zw. petitu, którego wielkość, wynosząca jeszcze 1,25, nie jest dla wzroku wedle wyż wspomnianego znawcy zawsze zabójczą.

Kropki te rozrzucone w różnych kierunkach, przy wyszukiwaniu ich oczyma, którą z którą łączyć ołówkiem potrzeba, wymagają często znacznego wytężenia wzroku i przybliżania głowy do papieru. Metody więc téj nie należy do szkół, mianowicie ludowych jako początkowych, wprowadzać, choćby za nią nawet bardzo przemawiały względy dydaktyczne. Wzory zaś, tak kaligraficzne jak i rysunkowe, powinny być stósowane koniecznie do wieku uczniów, podobnie jak to ma miejsce z drukiem elementarzy i czytanek.

Oprócz czytania, pisania i rysowania, nierównie może więcéj jeszcze wpływają na wzrok szkolnéj młodzieży, szczególnie żeńskiéj, t. zw. roboty kobiece. Tutaj dowolność panuje niesłychana; żadna instrukcyja dotąd nie objęła i nie wskazała głównych zasad, jakichby się trzymać miały po szkołach nauczycielki tego przedmiotu. Każda trzyma się własnego upodobania i własnego widzimisię.

Kto miał sposobność przyglądać się dzieciom po szkołach w czasie robót tych mógł się łatwo przekonać jaką one przyjmują postawę przy zajęciu tém, jak się trzymają, siedzą i garbią i jak blisko trzymają oczy przed robotą i nachylają swe głowy.

Wiadomo, że t. z. roboty kobiece bywają bardzo rozmaite, nietylko co do rodzaju swego, materyjału, z którego się wyrabiają, narzędzi, jakich potrzebują i sposobów wykonywania, ale i delikatności czyli subtelności takowych. I tak odróżniamy szycie igłą, roboty na drutach, szydełkowe czyli haczykowe, kanwowe, wyszywania i hafty, roboty paciorkowe, roboty kwiatów i t. p. Otóż każda z tych robót wymaga zawsze mniejszego lub większego natężenia wzroku, stósownie do delikatności roboty, rodzaju materyjału, wielkości narzędzi, jakoteż sposobu ich wykonywania. Wiemy bowiem, że n. p. igły, druty lub szydełka mogą być albo bardzo małe i bardzo delikatne albo téż duże i grube. Nici, bawełna i jedwab mogą być również rozmaite co do swéj grubości. Kanwy daléj rodzaje co do swéj delikatności i wyrazistości, różnią się także, paciorki używane do wyszywania są drobne i większe i t. d. Najwięcéj jednak znaczy tu stopień delikatności saméj roboty, bo ścieg igły w szyciu i w wyszywaniach może być duży i rzadki, albo mały i gęsty; oczka w robotach drutowych i szydełkowych duże i wyraźne, lub delikatne i małe itd., a od tego właśnie głównie zależy potrzeba większego lub mniejszego natężenia wzroku, a więc i nużenie się ócz pracownicy. Niemałe ma tu także znaczenie barwa przedmiotów i materyjałów używanych do tego rodzaju robót, zbyt jasna i rażąca, odbijająca światło lub ciemna, a nawet czarna zupełnie, wymagają większego natężenia światła przy delikatnych szczególnie robotach, lub złém i nieodpowiedniém oświetleniu izby w czasie roboty.

Otóż kto zna tę skalę robót kobiecych, idąc od najgrubszych i najlżejszych, dających się robić prawie na pamięć, bez uwagi i natężenia wzroku, a kończąc na najdelikatniejszych, nader trudnych i wymagających bezustannie wielkiéj baczności i ciągłego wysilania ócz, ten pojmie łatwo, jakiego znaczenia, ze względu higijenicznego w ogóle, a szczególnie higijeny szkolnéj, musi być odpowiednia instrukcyja regulująca szczegółowo rodzaje robót po szkołach żeńskich, odpowiednio do wieku, wzroku i klas do których uczęszczają uczennice.

Wprawdzie ministeryjalne rozporządzenie z d. 26 listopada 1878 r. l. 15213, wystósowane do Rady szkolnéj krajowéj we Lwowie, mówi pod *c*): „że w szkołach żeńskich nie wolno pozwalać dziewczętom niżéj lat 10 na wykonywanie robót ręcznych, które dla swéj subtelności wymagają, aby w mniejszém oddaleniu od oka aniżeli w oddaleniu 26 cm. robione były, nie mniéj ma się także, powiada rozporządzenie, to u starszych dziewcząt ograniczyć robotę wzrok natężającą do najmniejszéj miary"; jednakże jest ono za zbyt ogólnikowe, ażeby nauczycielki robót tych, których, jak wiadomo, dobrze nieobznajmiano dotąd nigdy i nigdzie z zasadami higijeny w ogóle, a w szczególności z higijeną szkolną, były w stanie same z tego ogólnego polecenia ministeryjalnego wysnuć sobie szczegółową, dobrze i higijenicznie obmyślaną, instrukcyję w nauczaniu robót, któréjby się z korzyścią dla wzroku uczennic trzymać mogły.

Jeżeli dla nauczania języków, matematyki, nauk przyrodniczych, historyi, rysunków, pisania a nawet śpiewu i gimnastyki w obowiązującym planie do nauk dla szkół ludowych i wydziałowych znajduje się szczegółowo wskazane, co z którego przedmiotu w jakiéj klasie nauczać

ze względów dydaktycznych, potrzeba i można, dla czegóż dla rubryki robót ręcznych tak w planie nauki dla szkół najniższych ludowych, bo jednoklasowych, jaki dla szkół ośmioklasowych wydziałowych żeńskich, znajdujemy tylko wszędzie jedno ogólne określenie, „że uczennice będą się uczyć białego szycia, cerowania, łatania, przykrawania bielizny, roboty na drutach, a w miarę potrzeby i miejscowych okoliczności także i robót wytworniejszych“, jakżeby ten dział tyle rozmaity, jeżeli nie ze względów dydaktycznych to higijenicznych, nie wymagał odpowiedniego rozdziału na klasy stósownie do wieku i bystrości wzroku uczennic.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Krajowe uzdrowiska klimatyczne.

Sprawozdanie Komisyi odczytane na posiedzeniu Sekcyi lwowskiéj Tow. lek. gal. dnia 28. Maja 1881.

(Dokończenie. Patrz Nr. 24).

5. Powiat staromiejski.

a) Nad Dniestrem leżą Spas i Terszów, własność JE. hr. Ludwika Wodzickiego, od dawna przez bogatszą ludność izraelicką jako miejsca kąpielowe i żętyczne używane. Obie miejscowości posiadają wszelkie warunki uzdrowisk klimatyczno-kąpielowych. Do Terszowa tak od stacyi kolejowéj w Samborze, jakotéż w Chyrowie 21 kilometrów, do Spasa od obu stacyj 23 kilometrów. Bliższych szczegółów co do ilości mieszkań, cen tychże i co do wiktu komisyja podać nie może, gdyż list wystósowany do zarządu dóbr pozostał bez odpowiedzi.

b) Topolnica, wieś o 30 kilometrów (4 mile) od Sambora i Chyrowa odległa; leży o 1 kilometr na uboczu od rządowego gościńca do Turki prowadzącego. Od dawna odwiedzana miejscowość przez gości szukających świeżego powietrza, rzecznych kąpieli i górskiéj okolicy. Pomieszczenie znaleść można w trzech dworach, u pani Rudnickiéj 10 pokoi, u p. Prokescha 14, u p. Stupnickiego 3 pokoje, wszystkie umeblowane po cenie od 8 do 20 zł. miesięcznie (stosownie do wielkości pokoju), pościel tylko u p. Prokescha po 5 zł. od osoby na miesiąc; cały wikt u tegoż od osoby 40 zł. miesięcznie, u pani Rudnickiéj i u p. Stupnickiego po 1 zł. 20 cent. dziennie bez kolacyi, po 1 zł. 50 cent. z kolacyją. Kwarta mleka 8 centów. żętycy 10 centów. Poczta Łoposzanka chomina o 3 kilometry.

Najłatwiéj dojechać od Sambora fijakrem najętym u oberżysty Polakiewicza.

c) Turze, wieś granicząca od wschodu z Topolnicą, posiada podobne warunki.

6. W powiecie turczańskim nie brak odpowiednich miejscowości, jak Łomna nad Dniestrem lub Dźwiniacz nad Sanem, lecz w obu brak jeszcze pomieszkań.

7. W powiecie liskim, miasteczko powiatowe Lisko, własność hr. Edmunda Krasickiego, o 4 kilometry ($^1/_2$ mili) oddalone od stacyi kolejowéj Łukawica-Lisko. Miasteczko położone jest na wzgórzu i w około otoczone lasami szpilkowemi, tuż pod miastem płynie San, z łazienkami urządzonemi staraniem miejscowych urzędników. Mieszkań można dostać w mieście 28 pokoi umeblowanych, albo też we wsi położonéj z drugiéj strony Sanu w Huzelach 6 pokoi; cena mieszkań od umowy zależy.

W miasteczku jest wcale porządna restauracyja; nabiału i wszelkiéj żywności dostanie łatwo. Wszelkich potrzebnych bliższych szczegółów udzieli burmistrz pan Józef Bielak.

Park zamkowy mający dwanaście morgów rozległości jest dla publiczności od rana do nocy otwartym.

8. W powiecie sanockim wieś Zagórz i Wielopole, własność Dra Łobaczewskiego adwokata w Przemyślu.

Wieś Zagórz, stacyja kolei przemysko-łupkowskiéj, leży nad rzeką Osławą w pobliżu jéj ujścia do Sanu, odległa jest od Liska i Sanoka o milę (8 kilometrów) między oboma miastami. Od kilku lat coraz częściéj zjeżdżają tu goście na letnie miesiące, gdyż prócz dobrych kąpieli rzecznych, górskiéj pięknéj okolicy, dojazd do téj miejscowości jest tak ułatwionym, jak do żadnéj z wyż wspomnianych. Mieszkań można łatwo dostać, w Zagórzu 26 pokoi, już to pojedyńczych, już to po dwa z kuchnią, jedno o trzech pokojach z kuchnią, cena od 7 do 30 zł. miesięcznie, we dworze Wielopolu trzy mieszkania po dwa pokoje, po 10 zł. miesięcznie (jedno 15 zł.) lub wszystkie sześć pokoi razem 30 zł. Restauracyja znajduje się w Zagórzu na dworcu, ceny potraw z karty umiarkowane, w abonamencie obiad o 4ch potrawach 20 zł., wraz z mięsną kolacyją 36 zł.

Bliższéj informacyi udzieli WP. Dr. Chameides lekarz kolejowy.

Wycieczki: ruiny klasztorne wielkich rozmiarów w samym Zagórzu, ruiny zamku pod Liskiem i ruiny zamku Kmity w Manasterze o 1$^1/_2$ mili, tudzież zakład żętyczny w Kulasznem o 3 mile (koleją).

Znajduje się tam kilka dworów, których właściciele odstąpiliby część swych mieszkań przybywającym gościom i podjęliby się dostarczać wiktu, ponieważ dotychczas mało kto do téj wsi dojeżdżał, więc też ceny będą umiarkowane. Zgłosić się należy do p. Antoniego Sobolewskiego, właściciela dóbr w Turzem, poczta w miejscu. Dojazd jak do Topolnicy.

9. Prócz tych miejscowości położonych wśród Karpat, znajduje się także w powiecie złoczowskim miejscowość Sassów, w któréj znajduje się od dawna znany zakład wodoleczniczy. I tu nie brak warunków wymaganych dla uzdrowiska klimatycznego, a z powodu nie wielkiego oddalenia od Lwowa (2$^1/_2$ godzin), jest ten zakład dla wielu bardzo dogodnym. Goście przybywający znajdą tam 40 pokoi umeblowanych po cenie od 3 zł. do 10 zł. tygodniowo z materacem. Za cały wikt dziennie po 1 zł. w osobnéj restauracyi, za kwartę mleka 8 centów. Dojazd od ostatniéj stacyi kolejowéj w Złoczowie fijakrem, za co się płaci po 2 zł. w. a.

Lekarz, apteka i poczta w miejscu.

Dr. Merunowicz
Sprawozdawca Komisyi.

VI. Zjazd III. lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

W ubiegłym tygodniu zapowiedziano następujące wykłady:

1. Przyczynek do nauki o kile mózgu (Prof. Dr. Domański).

2. O aktynomikosis (p. Pacuła, weterynarz).

3. O zachowaniu się przybłonka kłębków Malpighiego w nerce (Prof. Dr. Browicz).

4. O śródbłoniakach otrzewny (tenże).

5. O fosfaturyi (Dr. Warschauer).

6. Stosunki zdrowotne w Galicyi (Dr. Lutostański).

7. Obraz zdrowotny miasta Krakowa (tenże).

8. Przebieg epidemij w Krakowie w ciągu ostatnich dziesięciu lat (tenże).

9. Rys hydrograficzny okolic Krakowa (tenże).

10. Pierwsza pomoc lekarska w szkole w nagłych przypadkach (tenże).

11. Reforma higijeniczna szkół (tenże).

12. Badanie sfałszowań pokarmów i napojów i pracownie chemiczne ku temu celowi po miastach (tenże).

13. O wartości leczniczéj salicynu (Prof. Dr. Korczyński).

14. O działaniu nitrogliceryny w dusznicy (*angina pectoris*) i w astmie (*asthma bronchiale*) (tenże).

15. O pierwotnych wrzodach gruźliczych u osób dorosłych (tenże).

16. O zwyrodnieniu włókniakowém tkanin (tenże).

17. O wartości klinicznéj obliczeń ilości ciałek krwi w niektórych chorobach (tenże).

18. Pogląd statystyczny na zapalenie płuc w mieście Krakowie na wiosnę 1880 i 1881 roku (tenże).

19. O oznaczeniu dolnéj granicy żołądka; krytyka dotychczasowych metod badania na podstawie własnych doświadczeń i podanie własnego sposobu badania dolnéj granicy żołądka. (Dr. Ponikło).

20. O twardzielu nosa (*Rhinoscleroma Hebrae*). (Dr. Glück).

21. Dodatek do anatomii i histologii Oligochaet Dr. Chudoba i p. Herlich z Pragi).

Prócz tego podjął się Dr. Bylicki referatu zadania: „jakie jest najwłaściwsze postępowanie w razie opóźniającego się wydalenia jaja płodowego?“ a Dr. Jordan referatu zadania: „jakie jest najwłaściwsze postępowanie antyseptyczne podczas porodu i w połogu?“

Kilku kolegów zgłosiło się z żądaniem, aby ich do wykładu zanotować — przyrzekając podać temat, skoro prace rozpoczęte wykończą.

Kraków 14 czerwca 1881.

Przewodniczący Wydziału gosp. III Zjazdu.
Prezes Tow. lek. krak. Doc. Dr. *H. Jordan*.

Dr. *Jan Rosner*, Sekretarz   Prof. Dr. *E. Janczewski*.

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* Kwestyja, czy kandydaci na opróżnioną posadę lekarza miejskiego w Krakowie powinni wykazać się z odbytego egzaminu fizykackiego lub nie, była traktowaną w połączonych sekcyjach prawniczéj i policyjno-lekarskiéj, a wniosek tych Sekcyj przyjęty został w d. 9 bm. przez Radę m. Krakowa. Wniosek ten opiewał: „Połączone Sekcyje w myśl ustawy państwowéj z r. 1870 orzekają, że nie zachodzi potrzeba konieczna żądania od kandydatów ubiegających się o posadę lekarza miejskiego przedłożenia dowodu ze złożonego egzaminu fizykackiego, wszelako byłoby do życzenia, aby ci kandydaci egzamin fizykacki odbyli.—Ze względu jednak na to, że przy ogłoszeniu konkursu na posadę lekarza obwodowego nie był ten warunek postawiony, może być obecnie i taki kandydat uwzględniony, który egzaminu fizykackiego nie posiada, zatém może takową prowizorycznie na jeden rok otrzymać, lecz gdyby po upływie jednego roku nie wykazał się egzaminem fizykackim, utraci posadę lekarza obwodowego.“

Statystyka epidemij. W tygodniu 21 (do 21 maja) zapadło na ospę w Londynie 366, leczyło się w szpitalach 1482, umarło 103. W Wiedniu umarło 24, w Budapeszcie 11, w Paryżu 29, w Petersburgu 7, w Pradze i Aleksandryi po 3. W Madrycie i Rzymie wydarzały się w kwietniu częściéj przypadki ospy, podobnie jak w Nowym Jorku, Chicago i Filadelfii. Wedle doniesienia *Medical and Surgical Reporter* z Filadelfii miała się tak rozsrożyć ospa w jednéj wiosce, że lekarze wszyscy na nią zapadli, nikt się chorymi nie opiekuje zmarli leżą nie pogrzebani i kto może ucieka ze wsi, Z duru brzusznego umarło w Paryżu 34, w Petersburgu 66, w Budapeszcie 7. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 61, w Londynie 3, w Budapeszcie 2. W tygodniu 22 (do 28 maja) umarło 12 z ospy 5 z odry, 3 z błonicy, 12 krztuśca, 1 z duru osutkowego, 12 gorączki połogowéj, 1 z zimnicy, 1 z róży, 1 z czerwonki a doniesiono w tymże czasie o 1 przypadku ospy, 1 błonicy, 1 krztuśca, 4 płonicy. 18 odry, 32 duru osutkowego.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 21 (do 21 maja) umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 44,2; w Poznaniu 35,4; w Wiedniu 34,1; w Budapeszcie 38,9; w Pradze 41,3; w Tryjeście 31,2; w Berlinie 25,7; w Wrocławiu 35,7 w Gdańsku 27,3; w Monachijum 39,1: w Dreźnie 26,2; w Lipsku 18,9; w Bazylei 26,8; w Brukseli 28,3; w Amsterdamie 26,3; w Hadze 24,3; w Paryżu 29,4; w Londynie 20,9; w Kopenhadze 29,2; w Stokholmie 26,9; w Chrystyjanii 21,2; w Petersburgu 62,6; w Odesie 30,2; w Rzymie 24,2; w Wenecyi 23,7; w Madrycie 33,8; w Walencyi 41,7; w Granadzie 43,0; w Lizbonie 26,8; w Aleksandryi 33,4; w Nowym Jorku 34,1; w Filadelfii 25,2; w Kalkucie 46,0; w Bombaju 35,4; w Madrasie 37,5. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 15 czerwca. Na posiedzeniu w d. 10 bm. odbytém Wydział lekarski Uniw. Jagiell. zamianował kand. med p. Józefa Patrynę drugim asystentem przy katedrze anatomii opisowéj.—Następnie przyznał Wydział z funduszu śp. protomedyka Jakubowskiego oraz z funduszu nieznajomego nagrodę Drowi H. Schramowi za rozprawę pt. „Rozwój nowotworów rakowych wargi dolnéj na podstawie przypadków obserwowanych w klinice chirurgicznéj krak. od r. 1860—1879.

* Według nadesłanych nam wykazów w Cieplicach Czeskich dod. 6 bm. było gości 2031, a w Luhaczowicach do d. 1 bm. 86.

\+ **Karlsbad** 11 czerwca. Do dnia dzisiejszego było osób 8874, o 870 mniéj niż w roku przeszłym. Przez pierwsze 3 dni tygodnia utrzymywała się pogoda piękna; 6/6 w nocy spadł deszcz ulewny, i następnego dnia 7/6 spadła temperatura raptownie na 4° do 7° R. rano, a 8° do 11° R. w południe i tak się stale do dnia dzisiejszego utrzymuje; przeważnie panowały deszcze i zimno dokuczliwe.

* **Mianowania i odznaczenia.** Docent prywatny Dr. Grützner we Wrocławiu mianowany został profesorem nadzw. tamże. — Dr. Birnbacher potwierdzony został jako docent oftalmologii w Gracu, a Drowie Holl i Bing jako docenci we Wiedniu, pierwszy anatomii, a ostatni otyjatryi.—Prof. położnictwa w Insbruku Kleinwächter obejmuje posadę profesora medycyny sądowéj na wydziale prawniczym w Czerniowcach, a zarazem czynnym będzie w tamecznéj szkole dla położnych.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 24: Skórczewskiego: Bóle głowy, ich przyczyny, rozwój i leczenie (dok.); Sokołowskiego: Przyczynek do leczenia miejscowego t. zw. suchót krtaniowych. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 24: Wdowikowskiego: O mikrochemicznem badaniu kamieni moczowych; Wigury: Przypadek drgawek porodowych bez białkomoczu; Matlakowskiego: Obecne stanowisko metody Listerowskiéj (c. d.).

Redaktor Przeglądu Lek. wyjeżdża na czas dłuższy; pod niebytność jego obowiązki redaktora pełnić będzie członek Komisyi redakcyjnéj p. Dr. August Kwaśnicki. Upraszamy więc Szan. współpracowników i kolegów, aby przez ten czas znosić się zechcieli z p. Drem Kwaśnickim. (Ul. św. Anny Nr. 192).

Do Nru dzisiejszego dołącza się: Uwagi nad zdrojami Rymanowskiemi jako zdrojami leczniczemi.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 5257
pr.

Ogłoszenie konkursu.

Celem obsadzenia posady c. k. lekarza powiatowego i posady asystenta sanitarnego z systemizowanemi dla tych posad poborami rozpisuje się niniejszém konkurs do końca czerwa rb. Ubiegający się o jednę z tych posad winni wnieść swe podania zaopatrzone w dowody kwalifikacyjne wymagane ustawą z dnia 21 marca 1873 dz. u. p. l. 37, niemniéj dowody znajomości języków krajowych w powyższym terminie konkursowym do Prezydyjum c. k. Namiestnictwa, a mianowicie kompetenci zostający już w służbie państwowej w przepisanéj drodze służbowéj, inni zaś przez dotyczące c. k. Starostwo we Lwowie i w Krakowie, wreszcie przez c. k. Dyrekcyję Policyi.

Z Prezydyjum c. k. Namiestnictwa.

Lwów dnia 9 czerwca 1881.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj pół tora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja:
Ulica Podwale Nr. 84.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuję: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Boulv. Voltaire 180, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 25 czerwca 1881. **Nr 26.** Rok XX.

I. Z prywatnéj kliniki chirurgicznéj Dra Rydygiera w Chełmnie n/W.

Czy spray stanowi część potrzebną sposobu przeciwgnilnego?

(Studyjum krytyczno-doświadczalne).
Napisał Dr. Rydygier.

Kwestyja sprayu w nowszych czasach wzbudziła żywy interes u kolegów, a mianowicie 3 prace, skierowane wszystkie przeciwko potrzebie mgły, zasługują na naszą uwagę: Trendelenburg (*Ueber die Bedeutung des Spray für die antiseptische Wundbehandlung.* Lgbcka Arch. 24 tom., str. 779) i v. Bruns (*Fort mit dem Spray! Berl. klin. Wochenschrift* 1880, Nr. 43) oświadczyli się przeciwko mgle na podstawie otrzymanych świetnych wyników po operacyjach podjętych bez sprayu, Mikulicz (*Zur Sprayfrage.* Langenbecka Arch. 25 tom, str. 707) zaś, opierając się na teoretycznych wywodach i podjętych doświadczeniach.

Zamierzam niniejszém wypowiedzieć kilka słów w obronie sprayu, chcąc tym sposobem zapobiedz zanadto spiesznemu usunięciu onego.

Prace Trendelenburga i Brunsa mniéj nas będą zajmowały, gdyż nic innego przeciw nim nie możemy powiedzieć, jak to co już Maas (Ref. o pracy Trendelenburga w *Centralblatt für Chirurgie*, 1880, Nr. 5) przytoczył, t. j. że z pracy Trendelenburga, a to samo można i o Brunsie powiedzieć, tylko tyle wynika, iż jeden i drugi śród warunków istniejących w ich szpitalach mogą się obywać bez sprayu, tak samo jak tego dowiódł przedtém już A. Bidder co do swéj praktyki prywatnéj. Mimo że Trendelenburg późniéj (*Nachträgliche Notiz zu dem Aufsatz über die Bedeutung des Spray für die antiseptische Wundbehandlung*, Langbecka Arch., tom 25, str. 483) starał się dowieść, że stosunki jego szpitalu nie są tak świetne pod względem higijenicznym, nie przekonał on nas zupełnie; przeciwnie właśnie na końcu swéj pracy podaje nam środek do zwalczenia przeciwników sprayu, a przynajmniéj do wykazania, że jego dowód praktyczny ma swoją słabą stronę. Powiada on bowiem w toku rosprawy, że mimo złych zewnętrznych warunków higijenicznych jego poprzednik Koenig przez skrupulatne zaprowadzenie systemu ściśle przeciwgnilnego poprawił tak dalece stosunki wewnętrzne kliniki, iż Trendelenburg potém tylko bardzo rzadko widywał przypadki róży, któreby mógł przedstawić uczniom celem demonstracyi. Te wyborne wewnętrzne stosunki istniały więc już, kiedy Trendelenburg rozpoczął bez mgły operować. Wielkie pytanie, czyby był otrzymał podobnie dobre wyniki, jak ogłoszone, gdyby był mgłę porzucił w tym czasie, kiedy jeszcze stosunki w chirurgicznéj klinice, pod względem przebiegu pooperacyjnego i chorób przyrannych, były bardzo mierne i róże często i w złośliwéj formie występowały: jedném słowem gdyby Koenig, przez zaprowadzenie całego systemu przeciwgnilnego, nie był poprawił tak dalece wewnętrznych stosunków zdrowotnych, że bezkarnie można było porzucić spray, zachowując pilnie i tém dokładniéj inne przepisy przeciwgnilne. To samo możemy powiedzieć o Brunsie: i on przez kilka lat używał sprayu wprawdzie, jak się wyraża, nie z przekonania, tylko dla tego, żeby klinice jego nie zarzucano opieszałości, do jakiejby wtenczas z pewnością zaliczono pomijanie mgły. Przyzna każdy nieuprzedzony, że w takich klinikach pominięcie jednego czynnika sposobu przeciwgnilnego, nie pociągnie natychmiast złych następstw, mianowicie jeżeli mistrzowie, wyćwiczeni w używaniu całego sposobu, resztę przepisów tém oględniéj zechcą stosować; ale o tém późniéj.

Teraz zwrócimy się do teoretycznego rozumowania, czy spray jest potrzebną częścią sposobu przeciwgnilnego lub nie. Tutaj wypada nam przedewszystkiém zająć się bliżéj pracą Mikulicza. Nie wdając się w jego teoretyczne wywody o zakażeniu rany w ogóle, zaznaczamy zaraz na wstępie, że całe dowodzenie Mikulicza już dla tego chroma, ponieważ z góry wszelki inny wpływ sprayu wyklucza, prócz wpływu jego na zarodki przyrzutowe zawieszone w powietrzu. Te zaś podług Mikulicza małe tylko stanowią niebezpieczeństwo w porównaniu do tego, jakie wynika dla ran

ze zanieczyszczonych rąk, instrumentów itd., a tém samém więc już znaczenie sprayu obniża się do zera. Podług naszego zdania, właśnie przeciwnie spray jest w stanie odwrócić jeszcze w ostatniéj chwili niebezpieczeństwo od chorego, jeżeli zaniedbaliśmy dokładnego oczyszczenia rąk itd. lub je podczas operacyi przypadkiem zanieczyściliśmy: drobne kropelki mgły łączą się w deszcz zmywający przyrzuty na ranie osiadłe, albo zmniejszający przynajmniej ich żywotność. Każdy z nas, kto sprayu używał podczas operacyi, wie dobrze, że z rany, rąk i narzędzi dość obficie spływa płyn od sprayu pochodzący w ilości tak znacznéj, że z pewnością wystarcza do spłukania maleńkich przyrzutów. Dowodzenie bezużyteczności sprayu uwzględniające tylko zakażenie z powietrza, jak dowodzenie Mikulicza, jest więc już w założeniu niedostateczne; spray ma niewątpliwy wpływ i na „zakażenie dotykowe“ (*Contact-Infection*). Inna kwestyja, czyby nie można zastąpić sprayu pod tym względem mniéj lub więcéj częstém spłukiwaniem ran irygatorem; daléj który z tych rękoczynów dla chirurga przykrzejszy, a dla chorego szkodliwszy. Nad temi pytaniami poniżéj jeszcze się zastanowimy, a teraz przejdźmy do zbadania wpływu mgły na przyrzuty w powietrzu się znajdujące.

Wypada nam tu rozróżnić dwojaki sposób działania sprayu: 1) mechaniczny i 2) chemiczny. Wpływ mechaniczny stanowi rozpylony w powietrzu deszczyk z sprayu jako taki, bez względu na jego własność przeciwgnilną, a spadający w drobnych kroplach na ranę i jéj otoczenie. Rozumie się, że tego sposobu działania nie można zastąpić irygacyją proponowaną, jak wiadomo, w zastępstwie sprayu. O nim atoli twierdzi Mikulicz, że zamiast ranie przysłużyć się, tylko jéj szkodzi. Powiada on dosłownie l. c. str. 735: *Es kann keinem Zweifel unterliegen, dass der besprochene mechanische Act des Spray, wenn er in Rechnung kommen soll, an und für sich der Wunde nichts nützen, sondern nur schaden kann, indem er die Luftkeime, die sonst nur spärlich zur Wunde gelangen, in grosser Masse niederschlägt.* Zdanie to swoje opiera Mikulicz na szeregu doświadczeń: rozpylał on w odgraniczoném miejscu proszek węgla za pomocą mieszka przez pewien czas bez przerwy. Na drugim końcu pokoju ustawił 8 płaskich naczyń w równéj odległości od miejsca rozpylenia. Pewną ilość proszku przyjął jako jednostkę (*Einheit*), a po 5 minutach spadło na rozstawione naczynia po 6—10 jednostek, w przecięciu $8\frac{1}{2}$ jednostki. Następnie kazał z boku ręcznym sprayem rozpylać płyn, tak że mgła była skierowana na cały szereg naczyń. Natenczas spadało proszku w 5 minutach na jedno naczynie 36, na drugie 29, na dalsze 25, 21, 17, 12, 11 i 7 jednostek. Ilość więc spadającego na pierwsze naczynie proszku w czwórnasób się powiększyła pod wpływem sprayu, na dalszych naczyniach różnica powoli się wyrównywała stosownie do siły wpływu mgły, aż w ostatniém naczyniu, znajdującém się po za obrębem mgły, pozostała prawie zupełnie taka, jak w pierwszym szeregu doświadczeń, podczas których badano ilość proszku spadającego bez sprayu. Z tego wnioskuje Mikulicz, że wpływ mechaniczny sprayu na rany jest szkodliwy, gdy spadająca mgła strąca większą ilość przyrzutów z powietrza, niż ta, którаby bez niéj spadła była na ranę. Na pierwszy rzut oka zdawałoby się, że ma on zupełną słuszność, że jego doświadczenia jasno rzeczy dowodzą. Po bliższém atoli zastanowieniu się nad sposobem i warunkami, pod jakiemi zwykle, t. j. podczas operacyi, spray działa, o co nam jedynie chodzi, a pod jakiemi Mikulicz jego wpływ badał, przekonamy się niebawem, że jego doświadczenia niczego dowodzić nie mogą, gdyż założenie ich nie jest odpowiednie, bo właśnie te warunki zupełnie są odmiennemi w jednym a drugim przypadku. Warunki byłyby tylko wtenczas podobne, gdyby gdzieś w kącie sali operacyjnéj jakiś duch złośliwy siedział i bez przerwy (*continuirlich*) rozpylał świeże przyrzuty w powietrze; co na szczęście w rzeczywistości przecież nie ma miejsca. Przeciwnie znajduje się w sali operacyjnéj tylko pewna ilość przyrzutów. Zwykle rozpoczyna spray — mianowicie spray parowy — działać na pewien czas jeszcze przed pierwszém cięciem. W pierwszych 5 minutach spada w obwodzie pola operacyjnego rzeczywiście więcéj przyrzutu z powietrza pod wpływem sprayu, niż bez niego. Natenczas mamy w sali operacyjnéj — a przedewszystkiém blisko stołu operacyjnego — o tyle mniéj przyrzutu w powietrzu, o ile w pierwszych 5 minutach więcéj spadło. To samo powtarza się w następnych 5 minutach; w trzecich i dalszych 5 minutach powietrze w bliskości pola operacyjnego ostatecznie tak jest oczyszczone, że mimo powolnego dopływu przyrzutów z dalszych okolic sali operacyjnéj, — nie uwzględniając nawet prądu powietrza powstającego pod wpływem sprayu, a przeciwnego takiemu przypływowi, — jednakowoż spada daleko mniéj przyrzutu na ranę, aniżeli gdybyśmy bez mgły operowali i możnaby powiedzieć, że ilość ich obniża się do zera. Gdyby Mikulicz pozostał był przy przykładzie przytoczonym przez siebie na początku tych badań nad mechanicznym wpływem mgły, gdyby go był należycie pojął, byłby bez wątpienia uchronił się od mylnego założenia swych doświadczeń. Przytacza on na wspomnianém miejscu jako przykład zwyczajny deszcz czyszczący powietrze przez strącanie na dół zawieszonego w powietrzu pyłu i powiada: że każda kobieta na wsi wie o tém dobrze, iż pierwsza deszczowa woda prędko gnić zaczyna, Mikulicz ztąd wnioskuje, że jeżeli spray słusznie porównywamy zwykle z deszczem, natenczas mechaniczny wpływ jego tylko niekorzystnie działać może. Zapomina niestety, że tylko „pierwsza“ woda deszczowa szybko się psuje, a późniejszą tém dłużéj utrzymać można niezepsutą.

Chcąc się przekonać o słuszności powyższego teoretycznego rozumowania podjęliśmy także szereg doświadczeń z proszkiem węglanym; urządziliśmy je atoli odpowiednio do stosunków istniejących przy operacyi.

I. Szereg doświadczeń. W pokoju dość obszernym rozpruszyliśmy pewną ilość sproszkowanego węgla. Na drugim końcu pokoju wystawiliśmy po kolei 5 płaskich naczyń przez 3 minuty na działanie sprayu parowego w $1\frac{1}{2}$ metra odległości od niego. Równocześnie postawiliśmy w przeciwnéj stronie po za sprayem po jednym talerzu do kontroli (*Controllteller*) również za każdym razem przez 3 minuty, a późniéj porównywaliśmy ilość proszku węglanego na talerzach, które były wystawione na działanie sprayu z ilością na talerzach, na które spray nie działał.

Otrzymaliśmy wyniki następujące:

1) w pierwszych 3 minutach było na talerzu pod sprayem znacznie więcéj węgla, niż na talerzu niewystawionym na wpływ sprayu. (Zgadza się to z wynikami doświadczeń Mikulicza, jak się to spodziewać należało).

2) Różnica w ilości proszku węglanego na talerzach wystawionych przez następne 3 minuty była często tak nieznaczna, że nieraz trudno było rozstrzygnąć, gdzie się więcéj węgla znajduje: czy na talerzu wystawionym na wpływ sprayu, czy na przeciwnym; w większéj liczbie doświadczeń

zdawało się być więcéj na talerzu z pod sprayu. W ogóle atoli było na każdym talerzu już mniéj proszku, niż na dwóch pierwszych.

3) Na talerzu wystawionym przez trzecie 3 minuty pod spray była ilość węgla sproszkowanego wyraźnie mniejszą niż na talerzu, na który spray nie działał. Ogólna ilość proszku była tu jeszcze mniejszą niż przy 2.

4) Na talerzu wystawionym na wpływ sprayu i w czwartych 3 minutach wyraźnie mniéj proszku niż na talerzu kontrolowym, na obydwóch już atoli daleko mniéj proszku niż na poprzednich.

5) Na obu talerzach w dalszych 3 minutach już tak mało proszku, że nie można na pewno oznaczyć, na którym talerzu więcéj.

(Dokończenie nastąpi).

II. Badanie przyrządu wzrokowego w celu rozpoznawania jego chorób.

Wykłady kliniczne.

Podał Prof. Dr. Lucyjan Rydel.

Skutkiem zmian chorobowych wytwarzających się w chrząstce, mianowicie w późniejszych okresach jaglicy, zaostrzają się i cieńczeją brzegi powiek, tylna krawędź ulega jakby ściosaniu, nie podpiera należycie powieki, co naprzód podwinięcie rzęs (*Trichiasis)*, a następnie i saméj powieki sprowadza. Tak podwinięte, choć prawidłowo osadzone rzęsy, jak i cieńsze a bledsze rzęsy chorobowe, wyrastające w drugim, nieprawidłowym szeregu, blizko tylnéj krawędzi położonym (dwurzędność rzęs, *distichiasis*), stykają się z rogówką, a drapiąc i drażniąc ją dają powód do uporczywych zapaleń téj błony, których leczenie wymaga przedewszystkiém usunięcia przyczyny za pomocą stósownéj operacyi.

Prócz wadliwego kierunku napotykamy częściowy lub zupełny brak rzęs (*Madarosis partialis vel totalis*), będący skutkiem wrzodzącego zapalenia brzegów powiekowych (*Blepharitis exulcerans)*. O ich różańcowatém obrzmieniu w przypadkach takiego zapalenia wspomniałem już powyżéj, tutaj dodam jeszcze, że *Blepharitis marginalis* bywa między innemi także skutkiem przeszkód w odprowadzaniu łez, winna zatém, mianowicie tam, gdzie się do jednego oka ogranicza, zniewolić lekarza do dokładnego zbadania przyrządu łzowego.

Wzdłuż rzęs widać często skorupki zaschłéj wydzieliny spojówkowéj, strupki pokrywające wrzody, a niekiedy mędoweszki.

W końcu uzupełniamy badanie części dodatkowych przyrządu wzrokowego zwracając uwagę na **kropki i woreczek łzowy**, w tych wszystkich zwłaszcza przypadkach, w których chory żali się na łzawienie lub lekarz sam spostrzega, że łzy zatrzymują się wzdłuż brzegów powiek lub z pomiędzy nich wypływają. Kropki łzowe mogą być rozszerzone lub ścieśnione, zarośnięte lub zatkane, albo wadliwie położone. W okolicy woreczka łzowego znajdujemy niekiedy obrzmienie przy ucisku bolesne, twarde lub już chełbocące, pokryte skórą zaczerwienioną i cieplejszą, najmocniejsze tuż pod więzadłem wewnętrznem (*ligamentum canthi internum*) jako oznakę ostrego zapalenia woreczka łzowego (*Dacryocystitis*). W innych przypadkach nastąpiło już może przebicie, obrzmienie zmalało, ale otworek, choćby tylko włosowaty, otoczony skórą zaczerwienioną łatwo rozpoznać jako zewnętrzne ujście przetoki (*fistula*) po łzach z niego wypływających, tudzież wprowadzając przez niego cieńki zgłębnik aż do jamy woreczka łzowego. Jeszcze w innych nareszcie przypadkach skóra prawidłowa, pokrywająca woreczek łzowy okazuje się tylko mniéj lub więcéj wyraźnie podniesiona w postaci małego, nie ostro ograniczonego, półkulistego guza, a to skutkiem nagromadzenia się łez z śluzem lub ropą pomięszanych, niemogących odpłynąć do jamy nosowéj z powodu, że drożność przewodu łzowego jest zmniejszona lub zupełnie zniesiona przez cieśń (*strictura)* lub obrzmienie błony śluzowéj (śluzotok woreczka łzowego, *Dacryocystoblennorrhoea)*. Ale choćbyśmy nie dostrzegli nawet żadnéj z wymienionych zmian należy w każdym przypadku łzawienia wywrzeć brzuścem palca wskazującego silniejszy nieco ucisk na przodkową ścianę woreczka łzowego w kierunku ku tyłowi i wewnątrz, aby się przekonać, czy nie uda się w ten sposób wygnieść łez lub śluzu, nagromadzonego w woreczku łzowym, już to przez kropki łzowe do worka spojówkowego, już też na dół do jamy nosowéj, a ztamtąd przez nozdrza na zewnątrz.

Badanie to doprowadzi nierzadko do rozpoznania, nawet wtenczas, gdy żadna oznaka przedmiotowa nie przemawiała za obecnością cierpienia przyrządu łzy odprowadzającego, zachować jednak należy przy niém tę ostrożność, żeby chory przechylił głowę dość mocno naprzód, inaczéj bowiem treść woreczka łzowego odpłynąć może niespostrzeżona przez jamę nosową i nozdrza tylne do połyku.

Z kolei następuje **badanie spojówki**, powlekającéj, jak wiadomo, tylną powierzchnię powiek (spojówka powiekowa) i mniejszą, przodkową część twardówki aż do rąbka *(limbus)*, pokrywającego brzeg rogówki (spojówka galkowa).

Choroby spojówki, przeważnie przyrody zapalnéj, w ogólności częste, a u nas stanowiące około 50% wszystkich chorób ocznych, są już same przez się, właśnie z powodu swojéj częstości, nadzwyczaj ważne dla każdego lekarza praktycznego. Znaczenie ich podnosi atoli niezmiernie jeszcze ta okoliczność, że one nader często pociągają za sobą cierpienia rogówki, a w dalszém następstwie wszystkich niemal części oka, sprowadzające bardzo często znaczne nadwerężenie, a nierzadko nawet zupełną utratę wzroku. Wynika z tego, że biegłość w badaniu, rozpoznawaniu i leczeniu chorób spojówki, tudzież znajomość ich możliwych następstw stanowi nieodzowną potrzebę, a zarazem obowiązek każdego lekarza.

Dokładne zbadanie spojówki w całéj, o ile można, rozciągłości wymaga koniecznie odwinięcia czyli wynicowania powiek, którego lekarz w żadnym przypadku, a przynajmniéj w razie najmniejszego podejrzenia o cierpienie téj błony, zaniechać nie powinien. Zaniedbanie tego sposobu badania bądź z niedbalstwa, bądź też z braku potrzebnéj wprawy, wydarzające się w praktyce tak często, jest, jak mnie tylokrotne doświadczenie pouczyło, jedną z przyczyn częstych a zgubnych pomyłek w rozpoznawaniu i leczeniu chorób ocznych. Bez odwinięcia powiek nie może się również obejść stósowanie środków miejscowych na spojówkę, każdy lekarz praktyczny winien przeto przyswoić je sobie tak, ażeby mu żadnych nie sprawiało trudności. Odwinięcie powieki dolnéj jest zazwyczaj łatwe, dość bowiem, przyłożywszy koniec palca wskazującego i średniego do samego brzegu powieki, odciągnąć ją łagodnie ku dołowi, a równocześnie kazać badanemu patrzeć do góry aby się powieka wywinęła, a cała jéj spojówka razem z załamkiem (*fornix conjuctivae*) należycie na

jaw wystąpiła. Przy głębokiém osadzeniu gałki ocznéj w oczodole może jednak odwinięcie powieki dolnéj być połączone z niejaką trudnością. W takim razie należy powiekę górną przycisnąć lekko do gałki ocznéj, palec zaś wskazujący albo średni drugiéj ręki lub oba razem przyłożyć do skóry odpowiednio oczodołowemu brzegowi chrząstki powieki dolnéj, odciągnąć ją cokolwiek ku dołowi, a zaraz potém wpychać powiekę ku tyłowi, niejako pomiędzy brzeg oczodołu a gałkę oczną, naciągając ją zarazem ku skroni.

Wywinięcie powieki górnéj wymaga umyślnego ćwiczenia i pewnéj wprawy, a zręczne i łatwe uskutecznienie go, bez sprawienia przykrości i bólu, służy choremu za pierwszy probierz, według którego o biegłości lekarza w okulistyce sądzi. Odbywa się ono najlepiéj w sposób następujący. Cztery palce ręki lewéj opieramy na głowie w okolicy wielkiego ciemiączka, palec duży zaś przykładamy do powieki górnéj tak, żeby jego koniec na dół zwrócony przypadł nieco na zewnątrz od środka brzegu oczodołowego chrząstki (w tém miejscu około 9 mm. szerokiéj). Podczas gdy chory na dół patrzy wywieramy teraz palcem dużym lekki ucisk na powiekę górną, aby jéj brzeg nieco ku górze a rzęsy poziomo ku przodowi zwrócić, chwytamy je wtedy w środku brzegu powiekowego palcem wskazującym i dużym drugiéj ręki, opartéj na grzbiecie nosa i odciągamy poziomo od gałki ocznéj. Prąc w téj chwili (podczas gdy chory ciągle ku dołowi patrzy) końcem palca dużego ręki lewéj powiekę górną na dół, a równocześnie ciągnąc jéj brzeg wolny ku górze i tyłowi odwijamy powiekę. Chcąc powiekę utrzymać czas jakiś wynicowaną każemy choremu zamknąć oba oczy, przy czém powieka górna pokrywa rogówkę. U noworodków leży oko o wiele płycéj w oczodole, a gdy nadto rzęs uchwycić nie podobna, odwijać więc musimy powiekę górną inaczéj; a mianowicie w sposób podany wyżéj w celu odwinięcia powieki dolnéj w razie głębokiego osadzenia gałki ocznéj.

Ale jeżeli odwinąwszy powiekę dolną całą jéj spojówkę razem z załamkiem obejrzeć łatwo, to i po najdokładniejszém wynicowaniu górnéj załamek jéj spojówki nie występuje tak na jaw, żeby wzrok nasz aż do jego sklepienia dosięgnął. Jeżeli nam na tém zależy, n. p. z powodu, żeby się przekonać czy się w nim jakie obce ciało nie kryje, odciągamy powiekę odwiniętą (podczas gdy chory z głową w tył pochyloną jak najmocniéj ku dołowi patrzy) od gałki ocznéj za pomocą łyżeczki Daviela i wglądamy w załamek od dołu.

Badając spojówkę uwzględniamy stopień n a s t r z y k a n i a jéj n a c z y ń, jéj p o w i e r z c h n i ę, g r u b o ś ć i r o z l e g ł o ś ć, tudzież ilość jako też jakość w y d z i e l i n y, zważając nadto czy nie znachodzą się na niéj ciała obce, nowotwory i t. d.

Część spojówki chrząstkowa wyposażona jest gęstą siecią drobnych naczyń i zawdzięcza jéj swoją blado różową barwę, mimo któréj gruczołki Meiboma przez nią przeglądają; załamek jest bledszy, a położona pod nim powięź chrząstko-gałkowa przegląda bardzo wyraźnie swoją barwą białą, bo w téj części przebiegają tylko grubsze pnie naczynne, dążące, bez znaczniejszych rozgałęzień, prostopadle ku brzegowi powieki; spojówka gałkowa wreszcie jest bezbarwna, najcieńsza i najbardziéj przeźroczysta, a w stanie prawidłowym nie widać w niéj prawie wcale naczyń.

W stanie chorobowym napotykamy bardzo często **zaczerwienienie** pewnych części, lub całéj **spojówki**, skutkiem silniejszego nastrzykania jéj naczyń, a w miarę jego stopnia odróżniamy n a s t r z y k a n i e rzadko lub gęsto s i a t k o w a t e, przy którém jeszcze pojedyńcze naczynia widzieć można, o d j e d n o s t a j n e g o, które spojówce wejrzenie kawałka mięsa, lub sukna czerwonego nadaje. W przypadkach ostrych i świeżych czerwoność bywa jasna, żywa, w przewlekłych zaś mniéj więcéj ciemna, brudna. Skutkiem złogów zapalnych na powierzchni lub zbitych nacieków w sam miąższ spojówki barwa czysto czerwona zmienia się na szaro lub płowo czerwoną.

Powierzchnia spojówki prawidłowéj jest najczęściéj w całéj rozciągłości zupełnie gładka lub okazuje w części chrząstkowéj, osobliwie bliżéj kącików, drobniuchne, czerwone wyniosłości, uchodzące pod nazwą brodaweczek, a będące wyrazem licznych i delikatnych zmarszczek. W stanach zapalnych spojówka traci swoją gładkość, a staje się mniéj lub więcéj nierówna, chropata, a to skutkiem:

a) obrzmienia lub przerostu tak zwanych brodaweczek, tworzących czerwone wyniosłości najrozmaitszéj, przeważnie jednak stożkowatej postaci, które spojówce chrząstkowéj wejrzenie aksamitu czerwonego, w razie mocniejszego powiększenia wejrzenie ozora wołowego, lub (w drobnych rozmiarach) roli grubo zoranéj nadają;

b) kulistych, żółtawo zabarwionych, galaretowato przeświecających ziarn jaglicowych, tkwiących mniéj więcéj głęboko w miąższu spojówki, a wystających po nad nią pewną częścią swojéj powierzchni;

c) podobnych do ziarn jaglicowych i często za nie branych, ale powierzchowniéj leżących wyniosłości okrągłych lub jajowatych, będących wyrazem obrzmiałych mieszków limfatycznych *(folliculi)*. Napotykamy je głównie w dolnym załamku uszykowane dłuższą swoją osią w szeregi równoległe do fałdów załamka (poziomo);

d) skutkiem drobniutkich jak ziarnka maku, okrągłych lub lekko kończatych, bezbarwnych i mocno przeświecających pęcherzyków, których osłonkę wzdęty przybłonek, a treść bezbarwną ciecz surowicza tworzy.

Grubość Cienka i delikatna w stanie prawidłowym spojówka obrzmiewa i grubieje w sprawach zapalnych już to skutkiem nacieków różnego rodzaju, już téż skutkiem przerostu pierwocin jéj utkania od najniższego aż do prawdziwie zdumiewającego stopnia. Największą do tego skłonność mają jéj części pulchno utkane i luźno do swéj podstawy przyczepione, t. j. załamek i część gałkowa. Pierwszy tworzy w razie silnego obrzmienia w przebiegu ostrych zapaleń, zwłaszcza w dolnéj swojéj części jakby kiełbaskę, wciskającą się między gałkę oczną a powiekę, którą odpycha i wywija; spojówka gałkowa zaś wznosi się w takich razach niekiedy o kilka milimetrów nad swoją podstawę i okala rogówkę wałem, którego szczyt występuje poprzed płaszczyznę wierzchołka rogówkowego.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Sprawozdanie z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego z lat czterech (tj. od roku szkolnego 1874/5 do roku szkolnego 1878/9).

VII.

Choroby narządu moczowego.

Opracował Dr. **St. Ponikło.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 26).

Lecz przytoczymy tu inny z naszych przypadków, niemniéj ciekawy ze względu na tę samą okoliczność:

M. B., lat 25, służąca, z rodziców zdrowych. W 15tym roku życia zapadła na chorobę połączoną z bólem w krzyżach i ogólną opuchliną. która przez kilka miesięcy trwała. Przed 2ma miesiącami poczęła doznawać po połogu ponownie bólu w krzyżach, upośledzenia łaknienia, zaparcia stolca, bólu głowy i osłabienia wzroku. Ilość moczu skąpa zwróciła również uwagę choréj. Z powodu upośledzenia wzroku przyjętą została do kliniki okulistycznéj w d. 26/2 1877. Tamże wykazano oftalmoskopowo *„retinitis albuminurica“* i odesłano chorą do kliniki lekarskiéj.—W dniu przybycia wystąpiło dziesięć napadów uremicznych kolejno. Zapowiedzią każdego napadu była zbytnia ruchliwość choréj (czasem wymioty), po któréj następowała w kilka chwil bezwładność, unieruchomienie gałek ocznych przy otwartych powiekach, wreszcie szybkie mrużenie powiek, drgawki mięśni twarzowych i szczękościsk, nakoniec drgawki odnóg. Po 2—3 minutach drgawki ustawały i występował tor oddychania Cheyne-Stokesa.

Stan obecny: Kobieta wzrostu średniego, licho odżywiona; barwa skóry blado-szarawa, spojówki blade, źrenice niejednostajnie rozszerzone, wargi blade, język na brzegach pogryziony.—Klatka piersiowa długości prawidłowéj, szeroka, niezbyt głęboka; tor oddechowy obojczykowo przeponowy. Badanie fizyczne narządu oddychania nie wykazuje nic nieprawidłowego.—Stłumienie serca powiększone w kierunku podłużnym. Nad komórką lewą pierwszy ton w towarzystwie szmeru lekkiego, dmuchającego; drugi ton nad aortą silniejszy i dźwięczniejszy od tonu nad tętnicą płucną. Tętno małe, twarde 84.—Wątroba i śledziona rozmiarów prawidłowych. Mocz barwy żółto-zielonawéj, mętny. Ilość moczu 300 cm. sześć. c. g. 1·020. Ilość białka bardzo wielka. Chlorki nieco zmniejszone. — W osadzie znaczna ilość wałeczków szklistych.—Z przypadów podmiotowych ból głowy, często śpiączka, ogólne osłabienie, brak łaknienia, znaczne pragnienie. Ciepłota prawidłowa.

Ze względu na brak puchliny, wyraźne i wczesne wystąpienie zmian w siatkówce, przerost serca lewego, rozpoznano zapalenie nerek śródmiąższowe. Tu jednak okoliczność, iż cierpienie nerek połączone z puchliną z przebiegiem przyostrym wystąpiło już poprzednio przed 10ciu laty, nadto skąpa ilość moczu w obecnéj chorobie, obok znacznéj ilości białka i wałeczków Belliniego, częste napady uremiczne zwracały uwagę na zapalenie miąższowe.

Przez 5 tygodni przypady podane trwały bez zmiany, potęgując ogólne osłabienie choréj. Napady uremiczne pojawiały się każdego dnia kilkakrotnie. Uporczywa biegunka zwiększała upadek sił choréj. Puchlina wystąpiła na odnogach i w jamie brzusznéj. Chora po 5ciu tygodniach wśród przypadów obrzęku płuc umarła.

Oględziny pośmiertne wykazały poczynający zanik obu nerek po zapaleniu miąższowém (powierzchnia obu nerek ziarnista, blado-żółtawo zabarwiona, pulchna, niedokrewna, miąższ soczysty, kruchy). Ściana komórki lewéj serca przerosła.

Przypadek ten okazywał za życia wszystkie objawy cechujące wedle Bartelsa zapalenie nerek śródmiąższowe, jak brak puchliny, przerost serca lewego, wyraźne zmiany oftalmoskopowe, z wyjątkiem chyba małéj ilości moczu, a jednak sekcyja wykazała „czyste“ zapalenie miąższowe w okresie zaniku. Bieg rzeczy w przypadku tym był prawdopodobnie następujący: Przed 10ciu laty zapadła chora na przyostre zapalenie miąższowe nerek, które w części ustąpiło pozostawiwszy jednak w miąższu nerkowym skłonność do dalszych schorzeń. W połogu, gdzie nerki należą do narządów wielce usposobionych do spraw zapalnych, rozwinęło się zapalenie miąższowe nerek również przyostro i przeszło następnie w stan przewlekły, przy czém także tkanka śródmiąższowa uległa następowemu niskiego stopnia schorzeniu. W rezultacie nastąpił zanik narządu.

Przypadek ten również stwierdza wymownie, iż obie formy przewlekłéj choroby Brighta nie są cierpieniami odrębnemi, *ab ovo* jako takie przebiegającemi, lecz że są jedną i tą samą chorobą: zajęcie znaczniejsze miąższu nerkowego lub też tkanki śródmiąższowéj zawisłe jest raczéj od innych zmian ustrojowych, od zmian towarzyszących w innych narządach, od możebności wystąpienia zmian w mięśniu sercowym i układzie naczyniowym, od wystąpienia zwyrodnienia skrobiowatego, wreszcie od wieku chorego.

Trudno doprawdy znaleść nerkę zanikową po zapaleniu śródmiąższowém, gdzieby tu i owdzie nie było także zmiany miąższowéj lub odwrotnie „wielką białą nerkę,“ w któréjby tkanka śródmiąższowa była prawidłową. Nasuwa mi się tu ze stanowiska ogólno-patologicznego porównanie z zakażeniem zołzowém, które występuje, jak wiadomo, w 2 głównych formach, eretycznéj i otrętwiałéj; przyczyna jakotéż istota chorobotwórcza ta sama, lecz jakież odmienne oddziaływanie na cały ustrój. W formie otrętwiałéj widzimy w tkance podskórnéj i w skórze zbytnie zużywanie materyjału odżywczego, zbytnią proliferacyję tkanin niedokształconych, niejędrnych, wiotkich, wytwarzanie się tkaniny tłuszczowéj nieudoskonalonéj. W formie eretycznéj przeciwnie uderza skąpość w odnawianiu tkanin, delikatna budowa skóry cienkiéj, jakby zanikowéj, brak podściółki tłuszczowéj itp. A wszyscy uważamy przecież przyczynę upośledzonego odżywienia za jednę i tę samą, lub też suchoty płucne w jednym przypadku wytwarzają ogniska rozlane, rychło serowato rozpadające, bez zajęcia tkanki śródpęcherzykowéj, w innym przypadku (przypadki długotrwałe, bardzo przewlekłe) przeważną zmianą jest przeistoczenie łącznotkankowe i marskość płuc.

Doświadczenie kliniczne nie może się pisać w zupełności na podział pojedyńczych form choroby wedle Bartelsa, albowiem wydarzają się przypadki, gdzie można wykazać, iż cierpienie nerek przebyło wszystkie 3 okresy zapalenia, rozpocząwszy się ostrą chorobą Brighta przeszło w zapalenie miąższowe i doprowadziło ostatecznie do zaniku. Jednakowoż zrzekłszy się pretensyi ścisłego umiejętnego klasyfikowania pojedyńczych form, przyznać musimy, iż większość przypadków okazuje cechujący dla odnośnych form przebieg kliniczny; to też w klinice lekarskiéj rozpoznawcze rozróżnienie zapalenia miąższowego od śródmiąższowego, a nawet rozpoznanie kombinacyi obu form choroby nerkowéj i oddzielenie przypadów zawisłych od jednéj i drugiéj nie wiele przedstawiało trudności.

Przytoczymy tu jeden z przypadków typowych, okazujących wszystkie cechujące przypady zapalenia śródmiąższowego.

K. J., l. 40, przeniesiony do kliniki lekarskiéj d. 15/11 1874, z kliniki okulistycznéj. W czerwcu tegoż roku, bez wiadoméj mu przyczyny, począł chory doznawać zamglewania przed oczyma, które nagabywało chorego szczególniéj wieczorem. Po dwu tygodniach stan ten ustąpił. Dopiero w d. 15/11 t. r. nagle stracił wzrok; nawet płomienia świecy rozpoznać nie mógł. Badanie oczu wykazało: Znaczne rozszerzenie źrenic. Tarcza nerwu wzrokowego silnie obrzękła, różowawoszara, granica mocno zatarta, siatkówka w najbliższym obwodzie zamglona, tętnice cienkie, żyły grube, pokręcone, na tarczy miejscami przysłonięte; zmiany te dotyczą obojga ócz. W moczu znaleziono znaczną ilość białka. Z rozpoznaniem *retinitis albuminurica* odesłano chorego do kliniki lekarskiéj. Badanie wykazało następujący stan obecny:

Mężczyzna wzrostu dobrego, dobrze odżywiony; układ kostny dobrze rozwinięty. Skóra barwy prawidłowéj, podściółka tłuszczowa dość dobrze rozwinięta. Twarz nieco obrzmiała. Chory bardzo mało słyszy. Mowa nadzwyczaj utrudniona z powodu częściowego porażenia języka. Odnoga prawa tak górna jak dolna porażona. Badanie fizyczne płuc okazuje lekkie obniżenie granic jawności wypukowéj obojga płuc tudzież obecność drobnych wilgotnych rzężeń obok wdechu zaostrzonego. Stłumienie sercowe powiększone w kierunku podłużnym. Uderzenie koniuszkowe serca widoczne w 5tym przestworze międzyżebrowym po za liniją sutkową, silne, podnoszące. — Tony sercowe silne, ton drugi nad aortą dźwięczny, głośniejszy niż nad tętnicą

płucną. Wątroba i śledziona rozmiarów prawidłowych. Mocz w skąpéj ilości okazuje dość znaczną ilość białka; osad wykazuje obecność dość licznych wałeczków szklistych i ziarnistych. Na podstawie wywiadów o prawie niepostrzezoném przez chorego, zdradliwém przewlekłém rozwijaniu się choroby, obecności przerostu serca lewego, zmian oftalmoskopowych, które pierwsze zwróciły na się uwagę chorego na wikłające się nagłe wystąpienie zmiany ogniskowéj w mózgu, rozpoznano: „zapalenie nerek śródmiąższowe.“ Badanie pośmiertne wykazało: rozmiękczenie (żółte) ograniczone w półkuli mózgu lewéj (w części w moście Varola); przerost znaczny serca lewego; zanik nerek po zapaleniu śródmiąższowém; zapalenie nieżytowe zrazikowe płuc; obrzęk płuc.

Zupełnie podobny niepostrzeżony rozwój cierpienia nerek z najrychlejszém wystąpieniem zmian w oku odnoszących się do *„retinitis albuminurica“* dostrzeżono u dziewczyny lat 18 liczącéj. W tymże przypadku przerost serca dochodził znacznych rozmiarów, brakło prawie zupełnie puchliny. Ilość moczu przez cały czas dostrzegania klinicznego była znaczną 1500—2500 cm. sześć. na dobę. Z powodu wyjścia choréj z kliniki nie było sposobności badania pośmiertnego.

We wszystkich przypadkach w mowie będących ilość moczu podczas całego przebiegu była dość znaczną od 1.000—3.000 cm. Tenże był zawsze niskiego ciężaru gatunkowego zawierał albo „małą“ albo „średnią“ ilość białka. Osad wykazywał nie zbyt znaczną ilość wałeczków, po większéj części szklistych i ziarnistych obok zwykle skąpéj ilości ciałek białych i wyjątkowo tylko ciałek czerwonych krwi.

Wydarzały się jednak przypadki, gdzie wywiady, obecność wyraźnego przerostu serca, zmiany w oku, brak puchliny zwracały uwagę na zapalenie śródmiąższowe, gdzie jednak mocz był w ilości skąpéj i zawierał znaczniejszą ilość białka obok większéj ilości wałeczków w osadzie. To zachowanie się moczu było najważniejszym momentem każącym myśleć o powikłaniu zapalenia śródmiąższowego z miąższowém, które w kilku przypadkach ze ścisłością rozpoznano.

W. N., lat 39, zamężna, wyrobnica, przyjęta do kliniki dnia 12/12 1875 podaje, że żadnych cięższych chorób nie przebywała. Przez 3 ostatnie miesiące cierpiała na zimnicę. Zresztą z powodu bardzo niskiego stopnia inteligiencyi szczegółowych i dokładnych wywiadów zasięgnąć nie podobna.

Badanie wykazało: Wzrost średni. Odżywienie mierne. Skóra blada. Na skórze brzucha rozrzucone plamy żółtawo-brunatne; w tychże miejscach przyskórek łuszczy się nadmiernie.—Odnogi dolne miernie surowiczo obrzękłe. Klatka piersiowa budowy prawidłowéj, dość dobrze wysklepiona. Prawa strona klatki piersiowéj mniéj poruszalna. Wypuk wykazuje stłumienie po stronie prawéj z przodu od 4go żebra w linii pachowéj od 5go, z tyłu od kąta łopatki. Granice tegoż stłumienia nieruchome. — Szmery oddechowe w tymże miejscu zniesione, powyżéj granicy stłumienia oskrzelowe. Drżenie klatki piersiowéj prawie zupełnie zniesione. Po stronie lewéj stan co do wypuku i przysłuchu prawidłowy.—Uderzenie koniuszkowe serca widoczne i macalne w 5tym przestworze międzyżebrowym na zewnątrz od sutka. Stłumienie serca powiększone w kierunku podłużnym. Tony czyste, nad lewą komórką głuche, tępe, ku podstawie serca dźwięczniejsze. Brzuch wzdęty, skóra na tymże znacznie surowiczo obrzękła. Chełbotanie wyraźne; linija stłumienia półksiężycowa mniéj więcéj przez pępek przechodząca oznacza granicę opuchliny brzusznéj. — Narządów wewnętrznych wątroby i śledziony z powodu nacieczenia surowiczego ścian jamy brzusznéj wymacać nie można. Mocz barwy blado-żółtéj, mętny. C. g. 1·010 oddziaływania słabo-kwaśnego; białka ilość znaczna; barwiki silnie zmniejszone; chlorki pomniejszone. Osad wykazuje obecność wałeczków przeważnie ziarnistych, tu i owdzie szklistych; ciałka ropy i krwi dosyć często. Ilość moczu 1500 cm. sześć. —Badanie oftalmoskopowe wykazało zmiany cechujące *„retinitis albuminurica.“* Z przypadów podmiotowych brak łaknienia, duszność, częsta biegunka.

W dalszym przebiegu ilość moczu pozostawała dość znaczną, pomiędzy 1.000—3.000 cm., średnio około 1.600 cm. na dobę; ciężar gatunkowy wahał od 1·007—1·012. Kilkakrotnie okazywał barwę nieco ciemniejszą od znaczniejszéj ilości krwi. Przez cały czas obserwacyi klinicznéj chora pozostawała w stanie uremii przewlekłéj, objawiającéj się dusznością, bólem głowy, szumem w uszach, wymiotami itd. która od czasu do czasu przybierała charakter ostrzejszy. Ze względu na zmiany w moczu, mianowicie obecność znaczniejszéj ilości białka i pokaźnéj ilości wałeczków ziarnistych przytém krwi i ciałek białych dość licznych, na puchlinę znaczną, ciągły stan uremiczny, chwilowo zaostrzający się, rozpoznano zapalenie miąższowe nerek. Zwracając zaś uwagę na obecność przerostu serca, ilość moczu wyższą od prawidłowéj, niski ciężar gatunkowy tako wego, późne zmiany w oku, również późniejsze wystąpienie puchliny, rozpoznano wikłające zapalenie śródmiąższowe.

Chora po dwu miesiącach pobytu w klinice lekarskiéj umarła wśród przypadów przyostréj uremii.

Badanie pośmiertne potwierdziło najzupełniéj rozpoznanie: Nerki obie, zwłaszcza prawa, okazały się pomniejszone (prawa do połowy), powierzchnia obojga nierówna, wzgórkowata, przedstawia liczne miejsca zaklęsłe, różowawo zabarwione i wyniosłe, żółtawo-biało zabarwione. Na rozkroju istota korowa niejednostajnie szeroka, miejscami zaledwie widoczna, żółtawo-szaro zabarwiona, wśród tego znachodzą się szaro-różowe pasma. Piramidy blade, niewyraźnie odgraniczone. Kielichy nerkowe rozszerzone, błona śluzowa tychże zgrubiała, nastrzykana okazuje dość liczne drobne wybroczyny, tu i owdzie pokryta cienką warstewką wypociny włóknikowéj łatwo oddzielić się dającéj. Rozpoznanie anatomiczne: Zapalenie miąższowe nerek powikłane z zapaleniem śródmiąższowém w okresie poczynającego zaniku.

Przypadek ten jest pouczający jako przykład, iż można z dość wielkiém prawdopodobieństwem rozpoznać powikłanie obu form choroby nerkowéj, aczkolwiek wspólnie rozwijających się i postępujących i że łączenie się przypadów jednéj z przypadami drugiéj bynajmniéj nie musi zacierać cech charakterystycznych dla obu.

Nie będziemy tu rozbierać poszczególnych przypadów zapalenia śródmiąższowego, gdyż mała ilość 13tu przypadków nie dozwala wyciągnąć ztąd żadnych pewnych wniosków dotyczących semiotyki cierpienia w mowie będącego, wspomnimy tylko pokrótce o niektórych ważniejszych.

Przerost serca lewego towarzyszył wszystkim przypadkom zaliczonym do téj kategoryi, tak zapalenia śródmiąższowego jak miąższowego w okresie zaniku (w znaczeniu anatomicznem) tudzież kombinacyi obu form. Przeważnie był to przerost prosty, bez towarzyszącego rozszerzenia jamy serca lewego. Znajdujemy wspomniane w literaturze odnośnéj liczne przypadki, gdzie sekcyja wykazała, w następstwie zapalenia nerek śródmiąższowego, przerost ścian serca lewego ze ścieśnieniem jamy (*hypertrophia concentrica*). Przypadki takie podaje Buhl (*Mayer, Schweninger: Kurze Mitteilungen aus den patholog. anat. Demonstrationen des Prof. Buhl 1875/6. München 1876*); w jednym z jego przypadków ścieśnienie jamy dochodziło do tak wysokiego stopnia, iż zaledwie zdołała pomieścić w sobie mały palec.

Senator (*Virchow's Archiv.* 1878. T. 71) dowodzi na podstawie przypadków podanych przez Traubego, Dickinsona, Bartelsa, Buhla, Galabina, iż prawie stale przerost serca przy zapaleniu śródmiąższowém jest prosty, bez rozszerzenia jamy, gdy tymczasem w przypadkach zapalenia miąższowego, jeżeli takowy występuje, bywa połączony z rozszerzeniem jamy. Tą też okolicznością tłumaczy trudność rozpoznania przerostów komórki lewéj niższego stopnia przez samo badanie fizyczne. W naszych historyjach chorób znachodzimy dwa przypadki typowego, niepowikłanego zapalenia nerek śródmiąższowego, gdzie przerost serca lewego, wykazany przy sekcyi, był połączony z dość znacznem rozszerzeniem (*hypertrophia excentrica*).

Odnośnie do zmian w naczyniach, badanych przez Dickinsona i Gulla i Suttona, zwracamy uwagę na jeden z przypadków, gdzie przy sekcyi znaleziono wyraźne

ślady zapalenia śródsierdzia i mięśnia sercowego, zwłaszcza mięśni brodawkowych (*residua endo- et myocarditidis*).

Objawy dotyczące „*retinitis albuminurica*“ wykazano oftalmoskopowo w 4ch przypadkach.

Prawie w każdym z przypadków występował od czasu do czasu stan uremiczny; typowych napadów uremicznych z drgawkami nie dostrzeżono w żadnym przypadku.

Co do leczenia, nie możemy podać nic uwagi godnego; korzystnych wyników leczniczych w tych przypadkach nie dostrzeżono; leczenie było czysto przypadowe. Przeciw stanowi uremicznemu postępowano w sposób takiż sam, jak w przypadkach przewlekłych 1széj kategoryi. I tu najskuteczniejszy wpływ na usunięcie uremii wywierały w stósownym czasie podane silne czyśćce. Głównym zabiegiem leczniczym było w tych przypadkach podtrzymanie sił chorego za pomocą środków wzmacniających i podniecających. Działanie leków moczopędnych zwykle zawodziło.

IV.

Zwyrodnienie skrobiowate nerek.

Przypadki zwyrodnienia skrobiowatego włączamy w zakres niniejszego sprawozdania dodatkowo ze względu na podobieństwo przypadów. Liczba przypadków wynosi ogółem cztery. We wszystkich byliśmy upoważnieni na podstawie wybadania cechujących, zbitych obrzęków śledziony i wątroby, tudzież zmian w układzie moczowym rozpoznać zwyrodnienie trzech narządów miąższowych.

Co do etyjologii, dwa przypadki rozwinęły się na podstawie suchot płucnych, jeden w następstwie długotrwałych ropni połączonych z zapaleniem okostnéj, jeden wreszcie po czerwonce przewlekłéj.

Rozpoznanie tych przypadków nie przedstawiało żadnych trudności; możność wybadania opukiwaniem i obmacaniem znacznych obrzęków wątroby, śledziony, brzegi twarde zaokrąglone tychże narządów, obecność w moczu białka tudzież wałeczków woskowych, znaczniejsza ilość moczu obok niskiego ciężaru gatunkowego, były zupełnie wystarczające do pewnego rozpoznania stanu chorobowego.

Zresztą przypadki te nie odstępowały od normy. W jednym tylko, dotyczącym kobiety lat 35 liczącéj, ilość moczu była stosunkowo mała, c. g. wysoki do 1·020. Przy zwyrodnieniu skrobiowatém ilość moczu prawie stale była znaczną do 2.000 a c. g. niski. Wyjątkowo tylko, gdy do pierwotnego cierpienia przystąpi jakaś choroba gorączkowa, lub gdy akcyja serca czy to skutkiem zwyrodnienia mięśnia sercowego, naczyń sercowych lub w późnych okresach sprawy chorobowéj ilość moczu się zmniejsza. W przypadku tym jednak mimo braku tych okoliczności ilość moczu była skąpa. [1]).

---

[1]) W sprawozdaniu niniejszém pominąć nam wypada zupełném milczeniem choroby oczne (6 przyp.), uszne (29 przp.), chirurgiczne (132 przyp.) i narzędzi płciowych niewieścich (117 przyp.), z jakiemi zgłaszali się chorzy do ambulatoryjum klinicznego, gdyż po zbadaniu odsełano tych chorych do odnośnych klinik, jak niemniéj 24 przyp. symulacyi, któréj używali chorzy w celu dostania się do kliniki stałéj.

Z chorób skórnych (13 przyp. w klinice stałéj a 66 przyp. w klinice ruchoméj), prawie połowę stanowiły wyprysk i świerzb, reszta zaś przypadała na różę (22 przyp.) i inne choroby skórne. Zatrucia w liczbie 17, w klinice ruchoméj spostrzegane, nie przedstawiały również nic uwagi godnego. Ostre zatrucia lżejszego stopnia dotyczyły atropinu, kwasu karbolowego i kwasu arsenawego, zatrucia przewlekłe przedstawiały się w 13 przyp. jako zakażenie opilcze, a w 1 przyp. jako przewlekła rtęcica.

Choroby mózgu i rdzenia pacierzowego (93 przyp. w klinice ruchoméj, a 27 przyp. w klinice stałéj), ogólne zboczenia odżywcze (277 przyp. w klinice ruchoméj, a 29 przyp. w klinice stałéj) i choroby narządu krążenia (132 przyp. w klinice ruchoméj, a 54 w klinice stałéj) omówione zostaną przy następném sprawozdaniu klinicznem, które przy większéj obfitości materyjału w tych działach chorób będzie mogło być dokładniejszém.

IV. Oceny i sprawozdania.

Czém jest gnicie?

Czytając jednę z prac Cohna (*Beiträge zur Biologie der Pflanzen* B. I, H. 2, S. 202) o dwoinkach (*schizomycetes*) znalazłem ustęp o zgniliznie, który mi się tak podobał, że się nie mogę oprzeć chęci podzielenia się nim z czytelnikami „Przeglądu Lek.“ Jeśli który z nich nie miał czasu lub sposobności wyrobić sobie na innéj drodze dokładnego wyobrażenia o téj sprawie temu sądzę, że wyświadczę przysługę, podając w skróceniu zapatrywanie Cohna o tak ważném przedmiocie.

Gnicie czyli rozkład tkanin i soków tak roślinnych jak zwierzęcych, azot zawierających, nie należy pojmować jako rozpad drobin na niedziałki, które z chwilą, gdy ustaje siła żywotna, utrzymująca je w skupieniu, rozłączają się tak, jak im każą prawa powinowactwa chemicznego. Również nie trzeba sobie przedstawiać gnicia jako łączenie się dobrowolne drobin ciała obumarłego z tlenem powietrza. Gnicie bowiem jest sprawą chemiczną, wywołaną przez dwoinki. Jak cukier nie rozkłada się nigdy dobrowolnie na wyskok i bezwodnik węglowy, lecz w skutek działania zaczyniającego drożdżynek, tak również istoty organiczne, azot zawierające, nie rozpadają się inaczéj jak pod wpływem czynności żywotnych dwoinek, które się w nich rozmnażają [1]). Twierdzenie powyższe opiera się na wynikach badania drobnowidowego ciał gnijących, oraz na doświadczeniach, które czyniono nad samorództwem (*generatio aequivoca)*. Doświadczenia Cohna doprowadziły tego badacza do wniosku, który da się streścić w następujących słowach: Istota organiczna azot zawierająca nie gnije, jeśli, po wygubieniu zawartych w niéj dwoinek, nowe dwoinki nie mają przystępu; przeciwnie gnicie rozpoczyna się natychmiast, jeśli dwoinki dostaną się, choćby w najmniejszéj ilości, postępuje w miarę ich rozmnażania się, wolniej jeśli czynności żywotne dwoinek się zmniejszają (np. w skutek obniżenia ciepłoty), wreszcie ustaje pod wpływem czynników, które wstrzymują mnożenie się dwoinek, lub takowe zabijają. Na odwrót dwoinki rozmnażają się tylko dopóty, dopóki znajdują przedmiot zdolny do gnicia; skoro ten zgnił w całości dwoinki przestają się mnożyć, i w kształcie zarodków przechodzą w stan spoczynku, w którym pozostają aż do otrzymania nowego pokarmu.

Pasteura znane twierdzenie, że kiśnienie wtedy tylko jest możebném, jeśli ustroje drobnowidowe, prawdopodobnie roślinne, żywią się i mnożą kosztem ciała, zdolnego do kiśnienia i że kiśnienie jest sprawą od życia nieodłączną, czyli jest objawem współrzędnym życia, Cohn zastósował do gnicia i wygłosił zdanie, brzmiące na pozór paradoksalnie:

---

[1]) Mimo zapewnienia powyższego istnieją jeszcze obecnie badacze, tak chemicy (Kühne) jak lekarze (Billroth), którzy mniemają, że gnicie może się odbywać nie tylko za pośrednictwem dwoinek lecz i bez ich obecności. Zobacz: „*Untersuchungen über die Vegetationsformen der Coccobacteria septica von Billroth*“ str. 152. (*Przyp. Sprawozd.*)

że gnicie jest objawem współrzędnym nie śmierci lecz życia.

Lecz w jaki sposób dwoinki sprawiają gnicie? Zdaniem Cohna cztery przypuszczenia tłumaczą to działanie: *a*) albo dwoinki rozkładają ciała białkowate przez to, że je spożywają zupełnie lub częściowo, spożyte zaś przyswajają czyli zamieniają na swe ciało tak samo jak zwierzęta zmieniają białko zawarte w pokarmach na swe tkanki; *b)* albo dwoinki wytwarzają wewnątrz swych komórek osobną ciecz nieuorganizowaną, która wydzielona z nich rozpuszcza i przeobraża białko, podobnie jak komórki ziarna jęczmiennego wydzielają utworzoną w nich rozsadę (*diastasis*), która ziarnka skrobi rozpuszcza i zamienia na cukier; *c*) albo też rozkładowe działanie dwoinek na istoty białkowate polega na stosunku ich do tlenu, lub przeciwnie takowe utleniają, czyli innemi słowy takowe działają jako zaczyny odtleniające lub utleniające; a *d)* wreszcie może zachodzić kombinacyja dwóch lub więcéj z pomiędzy wymienionych sposobów działania.

Otóż rozważając naprzód punkt przedostatni, to jest stosunek dwoinek do tlenu, powszechnie jest uznaną rzeczą, że przeważna część dwoinek potrzebuje tlenu i to w wysokim stopniu. Aby się o tém przekonać dość zbadać kożuchy, złożone z dwoinek, pokrywające powierzchnię płynów, w których się mnożą. Z tego atoli nie wynika, że działanie zaczynowe dwoinek stoi w prostym stosunku do ilości spotrzebowanego tlenu; również nie wynika, że dwoinki tém mocniéj działają jako zaczyn, im obficiéj się mnożą. Przykład mamy na drożdżynkach: te mnożą się najmocniéj, gdy znajdując się na powierzchni cieczy zawierającéj cukier, stykają się swobodnie z powietrzem, jak to się dzieje w fabrykach drożdży tłoczonych. Działanie atoli zaczynowe drożdżynek jest bez porównania silniejszém, to jest daleko więcéj cukru rozkładają na wyskok, gdy są zniewolone wegetować bez przystępu wolnego powietrza, chociaż wtedy mnożą się bardzo słabo. Czy takie same stosunki zachodzą u dwoinek, nie jest rzeczą dowiedzioną, przypuszczać atoli trzeba, że w naczyniu głębokiém 20 cm., używaném w doświadczeniach, zapełnioném od góry do dołu dwoinkami, mała tylko bardzo część tlenu przypaść może w udziale téj warstwie, która na dnie się znajduje. Że niektóre dwoinki nie potrzebują tlenu do działania zaczynowego, przeciwnie nawet że im tlen przeszkadza do niego rzeczą jest pewną. Okoliczność bowiem powyższą Pasteur równie jak Prazmowski wykazali co do ustrojów, sprawiających wydzielanie kwasu masłowego. Przeciwnie zaś działanie zaczynowe dwoinek, sprawiających kiśnienie kwaśne, tudzież dwoinek, wytwarzających barwiki, zdaje się polegać na utlenianiu przez nie istoty, która je żywi. Czy w pierwszy wreszcie czy w drugi sposób dwoinki zachowują się względem tlenu [1]), to nie ulega wątpliwości, że gęste ich nagromadzenie i jednostajne rozdzielenie w cieczy, niemniéj ich ruch ciągły może dostarczyć tlenu drobinom cieczy lub przeciwnie odebrać im go w daleko krótszym czasie, niżby się to stać mogło bez dwoinek jedynie na zasadzie przenikania gazów. *Dr. Różański* (Lwów).

(Dok. nastąpi).

[1]) Wedle badań Nenckiego (*Ueber die Lebensfähigkeit der Spaltpilze bei fehlendem Sauerstoffe. Journal f. prakt. Chemie.* B. XIX) ciało azotowe może zgnić zupełnie tylko przy udziale tlenu wolnego. Bez niego rozkład nie dojdzie do ostatnich granic, to jest nie mogą się utworzyć produkty zupełnie pojedyńcze pod względem chemicznym. Różnicę powyższą między gniciem przy udziale wolnego tlenu i bez niego Pasteur tak objaśnia (*Compt. rend.* 1833, 56, 1189): Obserwując gnicie cieczy w naczyniu otwartém, widzimy że takowe objawia się naprzód powstaniem na powierzchni cienkiéj powłoki, która następnie zgęszcza się powoli, wreszcie opada płatkami na spód naczynia. Powłoka ta, nie pozwalając tlenowi powietrza dostawać się do cieczy, sprawia, że takowa staje się siedliskiem dwóch odmiennych procesów chemicznych, które zostają w prostym stosunku do czynności fizyjologicznéj ustrojów dwojakiego gatunku, rozmnażających się w cieczy. Jeden z nich, który się obywa bez wolnego tlenu, rozwija się wewnątrz płynu, i sprawia tamże rozpad ciała azotowego na związki mniéj od niego złożone (jak np. kwasy tłuszczowe, kwasy amidowe itd.). Drugi zaś, potrzebujący wolnego tlenu i rozmnażający się dla tego na powierzchni płynu, utlenia powyższe produkty rozkładu, i zamienia je na związki chemiczne pojedyńcze: amoniak, bezwodnik węglowy i wodę. (*Przyp. Sprawozd.*)

Dr. Fraenkel: **O zatruciu kwasem szczawiowym.**

Częste stosunkowo przypadki użycia kwasu szczawiowego w celu otrucia się jak nie mniéj brak dokładnych obserwacyj na człowieku po użyciu tego środka, skłaniają autora do ogłoszenia swych spostrzeżeń.

W przypadku pierwszym 48-letni zupełnie zdrowy kelner użył za 10 fenigów kwasu szczawiowego rozpuszczonego w pół szklance wody. Objawy spostrzegane były następujące: pieczenie w gardle, wymioty obfite, ból przy wymiotowaniu i ucisku w okolicy żołądka, tętnice słabo napięte, senzoryjum zupełnie wolne. Z początku przez 2 dni zupełne zatrzymanie moczu, późniéj ilości bardzo skąpe, aż dopiero po dwu tygodniach wielomoczenie. Podczas oddawania skąpéj ilości moczu badanie takowego wykrywa liczne prostokątne, w kątach pościnane kryształki, komórki wypocinowe, przybłonek nerek, białka sporo. Podczas zatrzymania moczu wypuszczono takowy za pomocą kateteru, otrzymano jednak zaledwie parę kropli, przyczém stwierdzono sporą ilość białka i skąpe wyż wspomniane kryształki.

W przypadku tym objawy zatrucia rozpadają się na dwie grupy: jedne wspólne z innemi środkami gryzącemi, drugie odnoszą się ściśle do narządu moczowego. Brak moczu w pierwszych dniach tłumaczy autor zaczopowaniem kanalików nerkowych przez kryształy szczawianu wapniowego, czemu odpowiada skąpa ilość znalezionych kryształków w wypuszczonym moczu, a do czego jeszcze przyczyniać się musiał stan nerek dotkniętych zapaleniem t. z. złuszczającém.

W przypadku drugim, po użyciu kwasu szczawiowego za 25 fenigów, przypady pierwszego rodzaju były te same, nie dostawało atoli zupełnie zatrzymania moczu, mocz odchodził w ilości prawidłowéj, bez białka, z znaczną ilością kryształów szczawianu wapniowego.

W przypadku tym nie spotykamy więc w samych nerkach żadnych objawów zapalnych, które w przypadku pierwszym obok zatkania kanalików sprowadziły zatrzymanie moczu.

Autor w celu bliższego rozpatrzenia się w zmianach nerek, wywołanych kwasem szczawiowym, robił doświadczenia na królikach i przekonał się, że pomimo rozległego zatkania kanalików nerek kryształkami szczawianu wapniowego ilość moczu pozostała prawidłowa, mocz był bez białka i bez elementów zapalnych; jedynie więc równocześnie z zatkaniem kanalików występujące zapalenie nerek złuszczające uważaćby można jako moment sprowadzający anuryję. (*Zeitschrift f. klin. Med.* II, 3, 1881). *Dr. K. Bossowski.*

Wiadomości pomniejsze.

(L. K.) **Wykrycie istót organicznych w wodzie.** Już Bouchardat używał do wykrycia ciał rozpadowych zwierzęcych rozczynu wodnego galasówek, a Fauvré nalewki galasowéj. Kaemerer zaleca na nowo znów garbnik do strącania istót gnilnych zwierzęcych z wody (*Journ. f. prakt. Chem.* XIV. 322). Z 54 wód studziennych przez niego badanych tylko w 24 garbnik nie dał osadu. Kaemerer jest zdania, że przyczyną strątu jest klej, którego obecność w wodzie zaskórniéj zdaje się żadnéj nie ulegać wątpliwości. Hager (*Pharm. Centralhalle* XVIII. 294) podaje, że w r. 1866 w czasie cholery w Berlinie badał wody studzienne okolic najwięcéj nawiedzonych. Z tych najciekawszą była woda z Jacobstrasse N. 13. Woda bywała zwykle mętną, zawierała obficie amoniak, sole wapniowe i azotany. Z garbnikiem dawała osad klaczkowaty niekiedy dopiero po upływie 10 do 15 minut. Osad ten szczególniéj obficie powstawał w wodzie czerpanéj rano. Badanie bliższe nigdy w nim nie wykazywało istót kléjowatych. Woda czerpana ku wieczorowi (zatém po znaczném jéj wyczerpaniu na potrzeby domowe) dawała z garbnikiem osad dopiero w jednę lub dwie godziny. Osad ten nigdy nie był tak znaczny jak w wodzie czerpanéj rano. Badanie drobnowidowe wykazywało, że woda rano czerpana obfitowała w obumarłe i żywe wodorosty, czerpana zaś popołudniu wykazywała takowe bardzo nielicznie, i że takowe dopiero po dłuższym stanie wody szybko się mnożyły. Wodorosty należały głównie do gatunków *Gloeotheca*, *Aphanotheca* i *Vibrio*. Na tém spostrzeżeniu opierając się twierdzi Hager, że przyczyną strątu po dodaniu garbnika nie są żadne istoty kléjowate lecz obumarłe i garbnikiem zabite wodorosty. (*Ztschrift f. anal. Chem.* XVIII. 616).

(L. K.) **Wykrycie ałunu w mące i chlebie.** W tym celu podawano wiele metod. Już przed 17stu laty zalecał Hadow (*Ztschr. f. anal. Chem.* II. 97.) jako pewny odczynnik drzewo kampechowe (*Campecheholz*). Metoda ta jednak okazała się niepewną i często zawodzącą (Hassall i inni), mimo licznych modyfikacyj, proponowanych przez Horsley'a, Stoddarta i innych. W ostatnich dwóch latach pojawiło się w tym kierunku kilka nowych prac, z których zamierzam tutaj podać sprawozdanie.

Young (*The Analist* 1879. S. 6.) zaleca zamieszać mąkę z wrzącą wodą na rzadki klajster i dodać potém tynktury amoniakalnéj drzewa kampechowego. Nawet przy obecności nader małéj ilości ałunu (koło 0·3 grm. w 1814 grm. mąki) wystąpiło zaraz charakterystyczne zabarwienie niebiesko-siwe, które się przez siedm dni utrzymywało.

Dupré (ibidem) każe kłucić 100 grm. wody z 300 do 500 cm. sz. chloroformu w długiéj rurce zaopatrzonéj w dolnym końcu kurkiem. Po odstaniu mąka będzie się znajdować w górnéj warstwie płynu, części zaś domieszane mineralne opadną na spód. Te ostatnie przez otworzenie kurka oddziela się i bada naprzód pod drobnowidem lub za pomocą lupy, przyczém już często można dostrzedz kawałeczki ałunu. Potem odsącza się od domieszanego chloroformu i dokładnie wodą zimną na sączku wytrawia. W rozczyn przejdzie ałun, który można chemicznie wykazać.

Welborn (*Chem. Centralblatt* X. 559.) kłuci chléb lub mąkę, w których ałun ma śledzić, z wodą, zaprawioną małą ilością kwasu solnego, poczém daje to wszystko do dialysatora. Po 24 godzinach w małéj próbce cieczy przedialysowanéj śledzi amoniakiem i fosforanem sodowym niedokwas glinu. Jeżeli próba wykaże obecność glinu, strąca się w sposób powyższy całą ilość niedokwasu glinu i odsącza. Osad na sączku dokładnie wymyty, suszy się i ostatecznie waży. Podobnież oznacza się w równéj części dialisatu kwas siarkowy chlorkiem baru. Tym sposobem można w krótkim czasie i dokładnie oznaczyć całą ilość domieszanego ałunu.

(L. K.) **Celem rozpoznania zepsutéj mąki** zaleca Vogel zabarwienie jéj błękitem aniliny (*anilin-violett*) i badanie pod drobnowidem. Ziarnka mąki zepsutéj barwią się natychmiast fijołkowo, z ziarnek zaś nienadpsutych mało które przyjmuje barwik. (*Corr. Bl. d. Vereins analyt. Chemiker.* 2, 55).

(L. K.) **Badanie plam z krwi.** Aby kryształki haeminy, nawet przy małéj ilości krwi, pewnie otrzymać zaleca Selmi następujący sposób: Przedmiot, na którym znajduje się plama, należy dokładnie amoniakiem wytrawić. Ciecz odsączoną zaprawić wolframianem sodowym i kwasem octowym. Osad pozostały wysuszyć dokładnie i wytrawiać bezwodnym wyskokiem. Pozostałość po odparowaniu wyskoku badać w zwykły sposób za pomocą soli i kwasu octowego na kryształki haeminy, które teraz mają bardzo wyraźnie wystąpić. (*Journal de Pharm. et de Chim. Febr.*)

(L. K.) **Wykrycie barwików w moczu.** W tym celu zmodyfikował Masset nieco próbę Gmelina. 2 cm. sz. moczu zaprawia Masset 2 lub 3 kroplami zgęszczonego kw. siarkowego i daje następnie kryształek azotanu sodowego. Jeżeli barwiki żółciowe znajdują się w moczu, to wystąpią smugi szmaragdowo-zielone, a po zamąceniu ciecz cała przyjmuje zabarwienie zielone. Nawet ślady barwika mają zabarwienie zielonawe wywoływać. (*Journ. de Pharm. et de Chim.* 30, 49).

V. Adam Ferdynand Adamowicz.

Boleść głęboka serce przejmuje na widok śmiertelnych szczątków zmarłego w Wilnie dn. 12 Maja r. b. profesora Adamowicza, bodaj czy nie ostatniego już z plejady profesorów wiekopomnéj wszechnicy wileńskiéj. Strata to niczém niepowetowana na któréj wspomnienie jęk z piersi się wyrywa: oto do grobu zstępuje ostatni uczestnik i widomy świadek tego potężnego odłamu dziejów naszéj narodowéj umysłowości co nieśmiertelnego Jędrzeja wydała; oto skruszone ostatnie ogniwo tego łańcucha odrodzenia co ciernistą przeszłość naszą z lepszą miał połączyć przyszłością.....

Ś. p. Adamowicz, uczeń i kolega Jędrzeja Śniadeckiego największą czcią otaczał do końca życia genijalnego swego Mistrza, a to uczucie głębokie i serdeczne jakie żywił dla Śniadeckiego, Franka, Bojanusa i innych profesorów, rad był przelewać w dzisiejsze pokolenie. Był on łącznikiem między młodszą generacyją lekarzy, a ową plejadą sławnych ludzi, których zmarły profesor był ostatnim przedstawicielem.

Sześćdziesięcioletni okres jego działalności jako profesora, prezesa wileńskiego Towarzystwa lekarskiego i obywatela kraju, przedstawia nam szereg prac drukiem ogłoszonych, już to z dziedziny specyjalnych nauk lekarskich i przyrodniczych, już literackich-historycznych.

Począwszy od roku 1817 w którym ogłosił w Wilnie pierwszą swą rozprawę: *An Socrates cicuta necatus fuerit*, aż do końca życia ciągle pracował; a przewodnią myślą, w tak długim przeciągu czasu, pracowitéj działalności, było dobro kraju i jego sława; należał przeto do owych zasłużonych, o których z Kochanowskim należy powiedzieć: służył poczciwéj sławie jak mógł najzdolniéj i do dobra wspólnego najwięcéj się przykładał.

Urodził się w Wilnie w 1802 roku, tu wzrósł i tu dokonał pracowitego żywota. Otrzymawszy w 1822 r. stopień Magistra medycyny, poświęcił się badaniom anatomiczno-patologicznym pod kierunkiem Józefa Franka. Zamiłowanie młodego uczonego do samodzielnych badań naukowych zwróciło uwagę słynnego prof. Bojanusa, który go następcą swoim na katedrę naznaczył. Po obronieniu napisanéj przez siebie rozprawy w roku 1824 (*Dissertatio morborum inter animalia domestica, observatorum, indicem et signa exhibens, adnexa sinonimia. Vilna*), otrzymał stopień Doktora medycyny. Z polecenia Akademii wileńskiéj wykładał Historyję medycyny w r. 1838.

W okresie czasu od 1824—1840 r. napisał i drukiem ogłosił wiele dzieł przeważnie weterynaryjnych; najważniejsze z nich o wściekliźnie z dołączeniem rysunków wyrobów patologicznych drukował w Berlinie w 1840 r. w *Magazin f. d. gesammte Thierheilkunde*, pod tytułem: *Einige zoopathologische Bemerkungen.*

Jako profesor szkoły weterynaryjnéj, który to zakład jeszcze w 1823 r. wspólnie z Bojanusem założyl, wielkie położył zasługi. Przeważnie wykładał sam jeden główniejsze przedmioty, podług podręczników przez siebie napisanych, jak np. terapiję zwierząt domowych.

Nastaly smutne czasy dla Wilna. Akademija została zamkniętą, a jéj zbiory naukowe przeznaczono dla świeżo otworzonego Uniwersytetu w Kijowie. Skatalogowanie tych zbiorów przypadło w udziale ś. p. Adamowiczowi. Komu zdarzyło się, jeżeli nie zajmować, to przynajmniéj przyglądać iście benedyktyńskiéj pracy, jaką jest skatalogowanie takich zbiorów, jakie były w Uniwersytecie a następnie w Akademii wileńskiéj, ten łatwo zrozumie, jakie zasługi położył zmarły profesor, gdyż dzieła tego dokonał bardzo sumiennie i ogłosił je drukiem p. n.: *Museum anatomicum Vilnense* (1842r.). Muzeum obejmuje dwa działy: fizyjologiczny i patologiczny; drugi ten dział podług własnego układu uporządkował. Jako przedmowę tego dzieła skreślił historyję tych dwóch zakładów naukowych..

Z zamknięciem Akademii wileńskiéj, nie było w Polsce ani jednego wyższego zakładu naukowego. Młodzież polska na obczyżnie czerpała światło wiedzy. Tradycyje po znakomitych lekarzach poszłyby w zapomnienie, gdyby Towarzystwa lekarskie w Warszawie i w Wilnie ich nie podtrzymywały. Ś. p. Adamowiczowi przypadło w udziale prezesostwo w Towarzystwie wileńskiém. Towarzystwo to o ile błyszczało gwiazdami pierwszéj wielkości za czasów założyciela Franka (1805 r.), Śniadeckich i innych, o tyle zagrożoném było zupełnym upadkiem po roku 1840.

Ś. p. Adamowicz, zrozumiawszy dobrze swoje posłannictwo, wziął się energicznie do pracy i dla podtrzymania sławy Towarzystwa, zaczął ogłaszać: Praktyczne spostrzeżenia niektórych lekarzy, mające i dziś jeszcze niezaprzeczoną wartość naukową. Jego staraniom zawdzięczamy urządzenie uroczystego obchodu 50-letniéj rocznicy istnienia Towarzystwa, dla upamiętnienia któréj ogłosił drukiem w Wilnie 1855 r.: Rys początków anatomii w Polsce i Litwie.

Powszechnie jest znaną kwestyja kołtuna, kwestyja która dzieliła najznakomitszych nawet lekarzy, na dwa obozy. Ś. p. prof. Adamowicz, aby ją stanowczo rozstrzygnąć wznowił w r. 1855 konkurs: O przyczynach kołtuna, w r. 1805 ustanowiony, a w ostatnich dopiero latach stanowczo rozwiązany przez wywołanie znakomitéj pracy kolegi Dobrzyckiego, na powyższy temat napisanéj.

Szczegółowe wykazanie wszystkich prac zmarłego profesora umieszczanych różnemi czasy w czasopismach krajowych i zagranicznych, nie jest mojém zadaniem: udolniejsze pióro powinno krytycznie rozebrać spuściznę literacką po zmarłym.

Prof. Adamowicz należał do tego niegdyś licznego pokolenia lekarzy wszechstronnie, humanitarnie, wykształconych, które dziś zaledwie w nielicznych wyjątkach, spostrzegać się daje. Uprawiając medycynę, nie zapomniał i o innych gałęziach wiedzy ludzkiéj i chętnie im się oddawał. Wyniki swoich poszukiwań historycznych i studyjów literackich pomieszczał w „Tygodniku Petersburgskim“, „Kuryjerze Wileńskim“ (gdzie podał wiadomość o wileńskiém Towarzystwie lekarskiém w 1856 r.), w „Encyklopedyi powszechnéj“ z 1838 r., w „Wizerunkach naukowych wileńskich“ i w wielu innych. Niwę historyczną uprawiał, pracując nad dziejami miasta Wilna. Jako przyczynek do powyższych ogłosił drukiem w Wilnie w 1855 r.: Kościół augsburgski wileński, kronika na pamiątkę trzechwiekowego istnienia tegoż kościoła.

Działalność obywatelska zmarłego, jakkolwiek nie ujawniała się szeregiem prac drukowanych tak jak lekarska, była niemniéj doniosłą. Ś. p. profesor Adamowicz przeżywszy w Wilnie prawie lat 80, był osobistością bardzo sympatyczną i powszechnie znaną. Zajmując zawsze wybitne stanowisko w społeczeństwie, nigdy się nie uchylał od obowiązków, jakie są zazwyczaj udziałem zacnych kraju obywateli.

Ś. p. Adamowicz doczekał się uroczystéj chwili w swém życiu; dzień 13 kwietnia 1872 r. był dniem pięćdziesięcioletniéj rocznicy zawodu lekarskiego, w którym społeczeństwo ujawniło swą wdzięczność i uznanie cichéj pracy i poświęcenia się dla jego dobra.

Na świeżéj mogile zacnego profesora i obywatela, wśród licznego grona kolegów, uczniów i przyjaciół, Towarzystwo lekarskie wileńskie złożyło wieniec laurowy. Cześć jego pamięci! (*Medycyna* Nr. 22).

Wilno, d. 16 maja 1881 r.

Dr. Józef Bieliński.

Kilka słów w sprawie higijenicznéj reformy szkół.

Przez Dra **Tadeusza Żulińskiego.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 25).

Co się tyczy robót ręcznych zwrócić tu musimy uwagę także i na tak zwane ogródki dziecięce, czyli Froeblowskie, które powszechnie prawie zupełnie w rozporządzeniach władz szkolnych bywają pomijane.

Jak wiadomo celem ogródków dziecięcych jest zabawą i przyjemnemi, ruchliwemi zajęciami rozwijać władze umysłowe dziecka, ale nie uczyć. Nauka systematyczna, książkowa jest tu zupełnie wykluczona, wiek bowiem dzieci uczęszczających do takich zakładów, nie nadaje się, t. j. nie odpowiedni jest do pracy wytężającéj ich umysł i wzrok. Przepis więc higijeniczny poparty doświadczeniem usuwać każe od wychowańców freblowskich wszelką systematyczną naukę a szczególnie czytania, pisania, rysunków, jako za wcześnie zniewalających dzieci do pochyłego siedzenia, nachylania głowy do stołu i wytężania rozwijającego się do-

piero wzroku. Mimo to przecież do programu zabaw i zajęć freblowskich, które w zupełności odpowiadają higijenicznéj radzie, wcisnęły się i roboty freblowskie, które ze względów na wzrok dzieci wcale do higijenicznych, t j. nieszkodliwych dla nich, zaliczyć się nie dają i stanowczo wykluczone być ztąd winny, a mamy tu na myśli tak zwane wyszywanki i wyklówanki a po części i przeplatanki.

Wyszywankami w ogródkach dziecięcych nazywa się rodzaj haftu krzyżowego dokonywanego (krzyżykami albo linijami) nićmi, bawełną, jedwabiem lub włóczką, na papierze lub na kanwie papierowéj. Dziecię więc małą igłą usiłuje wyszukiwać odpowiednie, symetryczne, punkta na papierze, lub trafia we właściwą dziurkę na kanwie, aby krzyżyki i linije były równe i odpowiadały wzorowi.

Jest to więc praca męcząca i wytężająca wzrok dziecka têm bardziéj, że jeśli kto miał sposobność przyglądać się bliżéj tym robotom, mógl się przekonać, iż kanwa ta bywa nierzadko drobna, biała a często nawet ze srebrzonego papieru wyciśnięta, a więc w wysokim stopniu przez odbijanie się światła szkodliwa dla wzroku.

Roboty kanwowe w ogóle, nawet dla osób starszych, należą zawsze do pracy nużącéj oczy a cóż dopiero dla dzieci małych, których jeszcze ani czytać, ani pisać, ani rysować nie uczymy. Ktoby wątpił o niewłaściwości robótek tych w ogródkach freblowskich, dla tego że są za delikatne a więc wzrok nużące, niechaj porówna wielkość pierwszych liter czytanek i elementarzy przy pomocy których dopiero w szkołach ludowych nauka się odbywa, z wielkością wyszywanych krzyżyków lub dziurek i odstępów w kanwie papierowéj, a przekona się, o wiele są takowe mniejsze od nich a więc szkodliwe dla wzroku, bo natężające go w wieku najzdolniejszym do psucia się takowego, t. j. do powstawania krótkowzroczności.

Szkodliwszemi jeszcze ze względu na wzrok od wyszywanek są tak zwane wykłuwanki, które się robią szpilką na papierze położonym na grubéj sukiennéj podkładce. Szpilkowania te, są to dziurki małe a dziurek tych w bardzo bliskich od siebie odstępach robi się tysiące dla wykonania jakiegoś rysunku np. ptaka, kwiatka itp. rzeczy, które się dopiero pod światło ogląda. Jak roboty takie nużące są dla wzroku ludzkiego w ogóle, a szczególnie dla dzieci, rozpisywać się tu, zdaje mi się, nie potrzebuję i jakżeż więc jako niewinne zajęcia mają być po freblowskich ogródkach zaprowadzone? Do mniéj szkodliwych dla wzroku dzieci robótek freblowskich, należą t. z. przeplatanki, które się z długich różnobarwnych pasków papieru wyrabiają, przeplatając je w kierunku prostopadłym do siebie.

Ponieważ paski te bywają nierzadko zbyt cienkie, barwy jaskrawéj i źle do siebie dobierane, męczą przeto równie i rażą wzrok dziecka, zniewalając go nadto do zgarbionéj pozycyi ciała i nachylania główki do stołu, bo robota ta, jakkolwiek nie jest trudną, wymaga jednak ciągłéj baczności, szczególnie przy szerszych i dłuższych przeplatankach.

Jeżeli więc na dzieci w szkołach ludowych i średnich ma się pełną zwracać uwagę, aby unikały wszystkiego co ich wzrok przedwcześnie nuży, męczy i psuje, to nie trzeba zapominać także i o robótkach w freblowskich zakładach, do których młodzież często przed wstąpieniem jeszcze do szkół uczęszcza.

Streszczając przeto uwagi nasze odnoszące się do higijeny wzroku młodzieży po szkołach, należy komisyi fachowéj higijeniczno-okulistycznéj powierzyć nietylko pieczę nad książkami szkolnemi, ale i nad mapami, nutami, wzorami kaligraficznemi i rysunkowemi, jakotéż nad wszelkiego rodzaju szkolnemi robotami ręcznemi, zalecając jéj przytém, ażeby dla nauczycieli i nauczycielek kaligrafii, rysunków jakotéż robót ręcznych wygotowała odpowiednie szczegółowe instrukcyje, którychby się ściśle trzymać powinni w nauczaniu swych przedmiotów.

Drugim punktem, jaki tu z kolei poruszyć chcemy, a który pozostaje w ścisłym związku z pierwszym, t. j. z szanowaniem wzroku młodzieży szkolnéj, jest baczenie na to, do czego szkoła zobowiązywa i zmusza młodzież w godzinach pozaszkolnych, t. j. w domu, inaczéj wyrażając się utartym już terminem na prace domowe uczniów.

Wszelka bowiem troskliwość władz szkolnych o zdrowie uczącéj się młodzieży, wszelkie przestrzegania warunków i potrzeb higijenicznych w szkole, na niewiele się przydadzą t. j. małe stósunkowo wydawać będą owoce, jeżeli władze te nie zechcą uwzględniać prac domowych uczniów, do których, z poleceń nauczycieli i z systemu nauczania ich w szkole, czują się zobowiązani.

Jeżeli powszechne narzekania na przeciążanie uczniów naukami w szkole, nieodpowiednio do ich wieku i fizycznego rozwoju, jest słuszne, i dla tego higijena, aby usuwać złe skutki dla zdrowia wynikające z wielkiéj liczby godzin przepędzanych w szkole domaga się, jak pisze krakowskie memorandum Dra Janikowskiego, aby liczbę tę godzin w szkole ograniczyć w wieku od lat 7—10 lat, do 3—4 godzin dziennie; od 10—14 roku życia do 5 godzin, a dopiero od 15 roku życia dozwolić 6 godzin lekcyj, to pytamy się, jaka z téj pożądanéj zmiany może dla młodzieży nastąpić korzyść higijeniczna, jeżeli zmniejszenie to godzin w szkole przy pracy, nagradzać będzie musiała zwiększoną pracą w domu, chcąc zadośćuczynić wymaganiom nauczycieli, którzy ją za to domowemi robotami obarczać będą?

Na narzekania i skargi dzisiejsze rodziców, że dzieci ich w szkole za długo siedzą i dużo mają zadawanych lekcyj z dnia na dzień, i za wiele muszą spędzać godzin na siedzeniu i pracy w domu, odpowiadają nauczyciele najczęściéj w ten sposób: że to nie ich wina, bo taki jest obowiązujący plan nauk szkolnych, żeby go inaczéj przejść z uczniami nie zdołali, gdyby im tyle nie wykładali i nie zadawali do wyuczenia się w domu.

Bez wątpienia, jest w têm wiele słuszności, bo za obfity i za obszerny zakres nauczania, w danym czasie musi koniecznie pochłaniać i za wiele godzin do nauczenia się, ale pamiętać należy, że wiele tu bardzo zależy od sposobu nauczania i gorliwości nauczycielskiéj. Jeżeli bowiem nauczyciel w szkole nie będzie przedmiotu swego nauczał, tylko wykładał, nie usiłując nawet ani dbając o to czy uczniowie go rozumieją, albo jak się to dość często zdarza, naznaczał im tylko potém w książce zkąd dokąd mają się nauczyć na pamięć; dziwić się téż nie możemy, że dzieci w domu zamiast powtarzać lub douczać się, tylko zmusza się biedzić i ślęczyć zanim zrozumieją, lub zdołają niezrozumiałe sobie rzeczy wykuć na pamięć, na co czasu i siedzenia więcéj przecie potrzeba.

Plan przeto mających się wykładać w szkole przedmiotów i metoda nauczania powinny być uwzględniane stósownie do wieku uczniów i czasu pozaszkolnego potrzebnego choć w przybliżeniu do przygotowania się należytego na lekcyje dzieci.

Jakkolwiek sprawa ta jest w gruncie rzeczy dydaktyczną, nie przestaje być mimo to i higijeniczną zarazem i to wielkiéj doniosłości. Bo dzieci dla umysłowych nawet korzyści z nauk; potrzebują koniecznie należytéj miary, między pracą umysłową, siedzeniową w szkole i w domu, a odpoczynkiem, swobodą i ruchem cielesnym. Jeżeli jednak nauczyciel szkolny z niewiadomości rzeczy higijenicznych, lub ze zbytniéj gorliwości przyjętego na siebie obowiązku, obarczać będzie dzieci pracami domowemi, bez względu na wiek i t. d., fizyczne rozwinięcie i porę roku, co dziwnego, że te mizernieć i wątleć będą fizycznie, skutkiem nadmiernéj pracy i braku potrzebnego im ruchu i spoczynku na swobodzie?

Niekiedy nie na miejscu gorliwość ta nauczycielska sięga tak daleko, że korzysta z godzin wolnych od lekcyj, niedziel, świąt i wakacyj nawet, aby wolne te godziny dzieci od pracy, konfiskować na rzecz swego przedmiotu, t. j. obarczać je pracą domową nad nim i w tych na wypoczynek przeznaczonych chwilach.

I cóż z tego wynika? Oto to, że lekarze muszą tu często stawać do walki z nauczycielami i wprost przeciwne jak oni uczniom szkolnym, jako swym wychowańcom lub pacyjentom, wydawać rady i polecenia.

Tak na przykład, jeśli zlecenia szkolne wymagają od ucznia aby siedział do północy przy pracy, to lekarze bez względu na to czy on zadane na drugi dzień lekcyje swe wyrobi czy nie, nauczy się lub nie nauczy, nakazują im surowo, aby kładli się na spoczynek o godz. 10. Szkola często w święta i w wakacyje każe się uczyć swemu wychowańcowi, lekarze każą mu książki odłożyć na bok i używać swobody, ruchu i wywczasu. Nauczyciele nie bacząc na krótkie dni zimowe zadają uczniom często za wiele na godziny wieczorne pisaniny, rysunków i robót, lekarze przy świetle sztucznem zabraniają im, albo zupełnie natężającéj zbytnio wzrok ich pracy, albo znacznie skracać ją każą bez względu na to czy wydołają lub nie, zadość uczynić żądaniu w téj mierze szkoły i t. d.

I polecenia te i rady lekarzy, są tu zupełnie szłuszne i logiczne. Jeżeli bowiem troskliwość higijeniczna w szkole o zdrowie i wzrok uczniów ma mieć jakie takie znaczenie, i przydać się ma na co, musi być koniecznie przestrzeganą tak, ażeby uczniowie i po za szkołą z polecenia swych nauczycieli nie byli ich wymogami zniewalani do gwałcenia tych higijenicznych przepisów nad przygotowawczą do szkoły pracą.

Jeżeli więc jak ministeryjalne rozporządzenie z d. 19 lipca 1875 (l. 6081) powiada: „iż obowiązkiem nauczyciela jest mieć zawsze na oku właściwe zadanie szkoły a mianowicie, że tylko w zdrowém ciele zdrowa mieszka dusza", nauczyciel powinien się oczywiście starać o to wszelkiemi siłami, ażeby, jak tego wymaga to ministeryjalne polecenie, przestrzegał pilnie przepisów higijeny nie tylko w stosunku swoim do młodzieży szkolnéj, lecz według możności wpływał także i na to, ażeby dom rodzicielski dbał o to wszystko czego potrzeba do należytego fizycznego wychowania dzieci w ciągu ich nauki szkolnéj. I słusznie bardzo! Niestety jednak, jak dotychczas są to tylko piękne słowa na papierze, bo praktyka inaczéj mówi.

Pedagogiczne i dydaktyczne przepisy, nawet i plany obowiązujących dotąd nauk jako téż i wymagania nauczycieli za zbyt tu często wręcz przeciwnie mówią, nie uwzględniając wcale ani rad i przepisów ani najsłuszniejszych nawet domagań się higijeny, tak że dydaktyka i pedagogika szkolna często w niezgodzie są z higijeną, t. j. że nie ma między temi trzema kierunkami wychowania, a mianowicie moralnym, umysłowym i cielesnym, należytéj jednolitości i harmonii. Każdy z nich chce iść w swoję stronę a to się nie da, bo człowiek doskonałą stanowi jedność.

Jeżeli więc złemu zaradzić pragniemy, a to winno być obowiązkiem ankiety zajmującéj się reformą szkolną, nie powinniśmy zadawalniać się tém, że tak rozporządzenie ministeryjalne z d. 9 czerwca 1873 (l. 4816) jako też i z d. 19 lipca r. 1875 (l. 6081) względem zachowywania przepisów higijenicznych w szkołach publicznych, ludowych w Galicyi domaga się wyraźnie w §. 7 „aby uczniów nieobciążać zadaniami domowemi, bo to się sprzeciwia zasadzie higijeny, jeżeli uczniowie w dniach wolnych od nauk, tyle mają roboty zadanéj, że cel feryj jest przez to udaremniony", bo polecenie to nie jest wcale praktykowane po szkołach i nienaruszone spoczywa w aktach ustaw szkolnych. A pochodzi to ztąd, że ściśle przestrzeganie i pilnowanie tak dawnych jak i nowszych, dziś obowiązujących, planów nauk szkolnych wykładanych obecnie, uniemożliwia najczęściéj nauczycielom wykonywanie tego rozporządzenia, które jakkolwiek wydane ze względów higijenicznych, tj. potrzeby szerzenia zdrowia szkolnéj młodzieży, pisane przecież być musiało niejako dodatkowo do ustaw szkolnych, już po wydaniu obowiązujących planów naukowych i przepisów dydaktycznych, albo też układane zostało bez względu na takowe oddzielnie. Jedno więc drugiemu stawało na przeszkodzie.

Ponieważ więc niewykonywane rozporządzenie, chociażby najlepsze, żadnéj nikomu nie przynosi korzyści, obowiązkiem przeto winno być obradującéj obecnie ankiety szkolnéj, obstając jak najsilniéj przy treści tego ministeryjalnego rozporządzenia co do pracy domowéj uczni, umożliwić wykonywanie jego przez odpowiednie zmiany w planach i zakresie wykładanych nauk, nietylko w szkołach ludowych ale i w seminaryjach nauczycielskich i w szkołach średnich także

Podobnie jak z rozporządzeniem ministeryjalném o pracach domowych uczni, rzecz się ma i z podziałem godzin pod względem początkowego wykladu przedmiotów w szkole, to jest z rozporządzeniem tak z d. 9 czerwca 1873 r., jak i 19 lipca 1875 domagającém się słusznie, ażeby w podziale dziennym godzin mieć na uwadze: iżby nauka umysł uczniów z każdą godziną coraz mniéj natężała, inaczéj, aby ćwiczenia umyslowe były stósownie przeplatane zajęciami mechanicznemi lub technicznemi do pojmowania i uczenia się".

Otóż przepis ten nader ważny ze względu szybkiego męczenia się umysłu dziecięcego, zbyt długą natężającą nauką, nader rzadko kiedy i gdzie bywa uwzględniany w układaniu planów szkolnych, szczególnie tam, gdzie jest większa liczba nauczycieli.

Normą bowiem zwykłą przy układaniu rozkładu godzin bywają życzenia i dogodności poszczególne wykładających nauczycieli; tym sposobem względom też higijenicznym rzadko kiedy, albo tylko przypadkiem, staje się w téj mierze zadość. Często przeto daje się nam spotykać z takim rozkładem godzin, gdzie lekcyje filologii i matematyki, albo kaligrafii, rysunków lub robót ręcznych przeznaczane są na kolejno po sobie idące godziny, nie bacząc ani na wiek dzieci ani też na porę roku. To znaczy, że raz idą przedmioty po sobie jedne po drugich trudne do uczenia się i wymagające zawsze silnego wytężania umysłu, drugi raz łatwe

nienatężające wcale umysłu ale za to niszczące wzrok uczniów i trzymające ich długo w niewygodnéj nachylonéj postawie.

Zdarzało się nam nieraz spotykać z uczniami i uczennicami, którzy w miesiącach zimowych, np. w grudniu, mieli z dnia na dzień do wypracowania w domu, a nieraz już po szkole t. j. po godz. 4, kiedy jest zupełnie ciemno, polecone t. z. zadania polskie, niemieckie, matematyczne, jako też kaligraficzne i rysunkowe. Na małe dzieci na raz to trochę za wiele i to w porze zimowéj, gdzie tylko przy świetle sztuczném pracować w domu mogą.

Błędy te higijeniczne złego rozkładu godzin muszą się też, jak widzimy, przeciągać i po za szkołą zbytecznemi natężeniami w domowéj pracy albo umysłu dziecka albo wzroku, albo też jednego i drugiego razem. Jeżeli więc słuszne i dobre rozporządzenie i przepisy higijeniczne w szkole pozostają dotąd zawsze tylko na papierze, a nigdy nie przechodzą w życie i w wykonanie, jakiż na to jest środek? Ciągła i ścisła baczność i przestrzeganie higijenicznéj lekarskiéj w tym celu postanowionéj władzy, aby wszystko co się tyczy fizycznego wychowywania i pielęgnowania zdrowia szkolnéj dziatwy, dokonywane i przestrzegane bywało z równą gorliwością i pilnością, jak to ma miejsce przy nauczaniu, t. j. umysłowém ich kształceniu. Potrzeba słowem koniecznie, jak słusznie powiada Memorandum Towarzystwa lekarzy galicyjskich, wprowadzić do szkół naszych stały sanitarny nadzór nad zdrowiem uczącéj się w nich młodzieży i warunkami higijenicznemi porządku szkolnego, jeśli zdrowie i siły fizyczne przyszłych pokoleń naszych lepiéj niż dotąd rozwijać się mają.

Otóż memorandum Dra St. Janikowskiego w rozwinięciu tego punktu dla krakowskiéj ankiety szkolnéj powiada: „iż potrzeba koniecznie po miastach zaprowadzić u nas, przynajmniéj w szkołach średnich, lekarzy szkolnych na wzór takiéjże instytucyi zaprowadzonéj już w innych krajach, jak n. p. w Belgii i we Francyi, a nawet w Moskwie“. Powołuje się daléj na obowiązek zwiedzania szkół przez lekarzy powiatowych przy swoich objazdach i na §. 31 rozporządzenia ministeryjalnego z d. 9 czerwca 1873 l. 4816 wedle którego przy każdéj Radzie szkolnéj okręgowéj ma być ustanowiona stała Komisyja higijeny szkolnéj mająca w swém gronie znawcę lekarskiego.

Nie ulega najmniejszéj wątpliwości i tego nawet dowodzić nie potrzeba, że instytucyja t. z. lekarzy szkolnych, t. j. żądanie żeby każda szkoła (lub przynajmniéj kilka szkół razem na miejscu będących) miała swego własnego lekarza, tak jak miewają swoich katechetów i nauczycieli, jest ze wszech miar sprawiedliwe i nader korzystne, bo piecza nad kształceniem fizyczném młodzieży i pielęgnowaniem jéj zdrowia, na równe zasługuje uwzględnianie jak wychowanie moralne i umysłowe nauczanie.

Gdzie więc tylko to jest możebne do przeprowadzenia, t. j. gdzie się znajduje na miejscu w kraju osiadły lekarz, tam potrzebie téj powinno się koniecznie zadość uczynić, jak n. p. po miastach. Wniosek więc krakowskiego memorandum „iż potrzeba koniecznie po miastach przynajmniéj zaprowadzić u nas po szkołach średnich, (a my dodamy, że i po seminaryjach nauczycielskich, które się także po miastach znajdują) lekarzy szkolnych, jest zupełnie słuszny i możebny. Co się zaś tyczy szkół ludowych, które bywają nie tylko po wielkich i średnich miastach ale znajdują się po miasteczkach i wsiach, gdzie żadnego nie ma lekarza, to memorandum Dra St. Janikowskiego domaga się ażeby rozporządzenie ministeryjalne z d. 9 czerwca 1873 r. l. 4818 polecające, „i żeby przy każdéj Radzie szkolnéj okręgowéj utworzoną była stała Komisyja higijeny szkolnéj mająca w swém gronie znawcę lekarskiego jako członka zwyczajnego“ było wykonywane.

My popierając jak najmocniéj życzenie to, ażeby rozporządzenie powyższe mogło wejść jak najprędzéj w życie dla korzyści szkół ludowych, dodamy jak przy lekarzach szkolnych dla szkół średnich, także wyraz „przynajmniéj“ bo je bynajmniéj za wystarczające i dostateczne uznać nie możemy.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VI. Zjazd III. lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

W dalszym ciągu zapowiedziano następujące odczyty:

1) O działaniu i skutkach apomorfinu w zapaleniu płuc (Dr. Kowalski).

2) Dzielenie komórek tkankowych i jajek (Dr. Mayzel).

3) Dwa przypadki zapalenia płuc i oskrzeli przyrody kiłowéj (Dr. Malcz).

4) O stosowaniu i działaniu środków przeciwgnilnych w zboczeniach narządów oddechowych, drogą wziewań (tenże).

5) O hysterouterotomii (Prof. Dr. Czyżewicz).

6) O owadomaskach (*Entomaphthoreae*) Dr. L. Nowakowski.

7) O ozonie (Dr. Wierzbicki).

8) O zagęszczeniach optycznych mieszanin alkoholu i wody.

9) Przyczynek do absorbcyi światła przez węglowodory szeregu aromatycznego.

10) Wreszcie Dr. Kobyliński zgłosił szereg rozpraw z zakresu dentystyki, których tytuły w ostatecznym spisie prac zapowiedzianych ogłoszone będą.

Dr Strojnowski objął referat pytania o *hyperemesis gravidarum*.

Wydział gospodarczy ustanowił kilka komisyj, jak kwaterunkową, wycieczkową i zajmuje się właśnie rozdziałem prac zgłoszonych na odpowiednie sekcyję.

Kraków 20 czerwca 1881.

Przewodniczący Wydziału gosp. III Zjazdu.
Prezes Tow. lek. krak. Doc. Dr. *H. Jordan*.
Dr. *Jan Rosner*. Prof. Dr. *E. Janczewski*.
Sekretarz.

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* Szybkie zwiększanie się odsetka krótkowzrocznych po szkołach paryskich podało szczęśliwą myśl francuskiemu ministrowi oświaty, który wyznaczył osobną komisyję z pierwszorzędnych znawców, w celu zbadania wadliwości w urządzeniu szkół, będących przyczyną postępu myopii, oraz podania wskazówek do ułożenia przepisów zapobiegających złemu.

Statystyka epidemij. W tygodniu 22 (do 28 maja) ospa w Londynie jeszcze się bardzo rozszerzyła. Leczyło się w szpitalach 1552, świeżo zapadło 402, umarło 92. W innych miastach ospa złagodniała. W Wiedniu umarło 14, w Budapeszcie 8, w Paryżu 21, w Petersburgu 7. Z duru brzusznego umarło w Petersburgu 57, z duru osutkowego 69. W Wiedniu umarło z duru osutkowego 3, w Budapeszcie 2. Odra rozszerzyła się bardzo w Londynie, Pradze i Liverpoolu. W tygodniu 23 (do 4 czerwca) umarło w Krakowie: 10 z odry, 1 z płonicy, 3

z błonicy, 1 z krztuśca, 3 z duru osutkowego, 2 z gorączki połogowéj, 1 z kiły; a doniesiono w tymże czasie: o 2 przypadkach ospy, 2 ospicy, 17 odry, 5 krztuśca, 29 duru osutkowego, 5 duru brzusznego i 2 róży.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 22 (do 28 maja) umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 44,2; w Poznaniu 26,9; w Wiedniu 36,1; w Budapeszcie 40,6; w Pradze 39,9; w Tryjeście 31,6; w Berlinie 25,8; w Wrocławiu 32,5; w Mnichowie 33,0; w Gdańsku 34,0; w Dreźnie 19,4; w Lipsku 26,8; w Brukseli 23,6; w Amsterdamie 23,3; w Hadze 24,7; w Paryżu 25,0; w Londynie 19,8; w Kopenhadze 23,4; w Stokholmie 22,9; w Chrystyjanii 19,5; w Petersburgu 61,2; w Odesie 27,6; w Rzymie 28,2; w Wenecyi 21,5; w Bukareszcie 21,8; w Madrycie 29,8; w Lizbonie 23,5; w Aleksandryi 36,1; w Nowym Jorku 33,7; w Filadelfii 25,9; w Bombaju 34,6; w Madrasie 38,9. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 23 czerwca. W Nrze 137 *Czasu*, w rubryce „Kronika miejscowa i zagraniczna,“ czytamy ustęp oskarżający Komisyję sanitarną o samowolne przekroczenie granic działaniu jéj zakreślonych. Dowody przytoczone na stwierdzenie téj wrzekoméj samowoli są tak nieprawdziwe, że nieprzypuszczając złéj wiary, a tylko zbyt łatwe poddanie się wprowadzeniu w błąd, poczuwamy się do obowiązku podane przez *Czas* fakta sprostować i zaprzeczyć.

Komisyja sanitarna nie jest ciałem wykonawczém, lecz doradczém; obecnie czynna Komisyja sanitarna nie rozpoczyna lecz kończy kilkoletnią służbę miastu; jeśli więc nie popełniała błędów na początku swego urzędowania to tém mniéj dopuścić się mogła przekroczenia granic po nabyciu w ciągu kilku lat rutyny, zwłaszcza ze w skład jéj wchodzą ludzie poważni z przepisami oznajomieni. — Komisyja sanitarna doradziła władzom miejskim, ażeby zawezwały kogo należy do usunięcia drzewa, tamującego przystęp do łazienek, a złożonego na gruncie miejskim, lecz sama nakazu nie wydała, uczynił to uprawniony do tego komisarz obwodowy. Takiegoż samego mylnego twierdzenia dopuszcza się *Czas*, kiedy utrzymuje, że nie władze Magistratu, lecz Komisyja sanitarna, wezwała pewnego właściciela kamienicy, ażeby wylał podwórze asfaltem; lecz tu *Czas* nie poprzestaje na wypowiedzeniu nieuzasadnionego oskarżenia Komisyi sanitarnéj, krytykuje on sam pomysł asfaltowania małego podwórza, gdyż takowe uniemożebniłoby nawrócenie powozu, narażając konie na ślizganie się po asfalcie. Kamienica, o któréj mowa, jest pierwszorzędnym hotelem, mieści w sobie bardzo uczęszczaną restauracyję; szczupłe podwórze ma w środku studnię, do któréj po pochyłości zmierzają wszelkie ścieki, nie mówiąc już o innych urządzeniach blisko ulokowanych; Komisyja sanitarna ze względu na ciągle jeszcze panujący u nas tyfus, chcąc uwolnić setki ludzi od picia wody zanieczyszczonéj ciałami organicznemi, oświadcza się za wylaniem podwórza nieprzemakalną powłoką asfaltu, a *Czas* woła: „Konie ślizgać się będą.“ Wielce chwalebném jest dzieło ochrony zwierząt, jeśli dla wygody zwierząt nie zrywa solidarności z potrzebami i sprawami ludzi.—Ze względu na złe stosunki sanitarne Krakowa, na wyrobioną renomę wysokiego odsetka śmiertelności, Komisyja sanitarna miałaby uzasadnioną nadzieję liczyć na poparcie prasy miejscowéj, a ma wszelkie prawo żądać, ażeby współpracownicy *Czasu*, którzy biorą na siebie rolę publicznych oskarżycieli, zanim wezmą się do pióra, zbadali przed tém rzecz do gruntu, i nie podkopywali na podstawie fałszywych wieści tak ważnéj dla miasta instytucyi, która gdyby kiedy przekroczyła granice swych instrukcyj napomnianą by była przez władze miejskie, czuwające nad wypełnianiem praw i przepisów obowiązujących.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie na posiedzeniu 15 czerwca obrało jednogłośnie i przez aklamacyję członkiem honorowym prof. Dra Henryka Hoyera, Prezesa Tow. lek. warszawskiego.

* Według nadesłanych nam wykazów w Cieplicach Czeskich do d. 16 bm. było gości 2.968, a w Luhaczowicach do d. 15 bm. 179.

* **Paryż**. Dr. Ricord znany w całym świecie specyjalista zachorował na zapalenie płuc, co ze względu na późny wiek chorego kazało źle rokować; dzienniki paryskie z 16 bm. przynoszą pożądaną wiadomość, że Dr. Ricord wyszedł szczęśliwie z niebezpieczeństwa.

\+ **Karlsbad** 18 czerwca. Do dnia dzisiejszego było osób 10.371, o 685 mniéj niż w roku przeszłym. D. 16/6 utrzymywała się pogoda chłodna i dżdżysta; od tego dnia ciepłota podniosła się na 10° R. rano, 16°—18° koło południo w cieniu i nastąpiły dnie pięknéj pogody.

* **Nekrologija**. D. 30 kwietnia umarł w Kraśniku Dr. Łukaszewicz w 77 roku życia. Był on wychowańcem Aleksandryjskiego Uniwersytetu w Warszawie.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 25: Dobrzyckiego: Sprawozdanie z lecznicy urządzonéj przy szpitalu w Mieni (c. d.); Sokołowskiego: Spostrzeżenia kazuistyczne ze szpitala św. Ducha w Warszawie (dok.). — W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 25: Z. Kramsztyka: Usunięcie złogów metalicznych z rogówki; Wdowikowskiego: O mikrochemiczném badaniu kamieni moczowych; Przewoskiego: Nowy przykład większego wydzielania się mleka u mężczyzny.

Piśmiennictwo lekarskie. LANDAU L. Ueber Erweiterungsmittel d. Gebarmutter. M. 16 Holzschn. Lex 8. Leipzig, Breitkopf et H. M. 0·75.

LARROQUE. Recherches sur l'anatomie et la signification pathol. du lupus. Av. 2 pl. 8 Paris. Delahaye et L. Fr. 3.

LASÈGUE Ch. La technique de l'auscultation pulmonaire. Av. fig. 18. Paris, Asselin et Co. Fr. 1.

GUYON M. F., u. M. P. BAZY. Atlas des maladies des voies urinaires. livr. 1 u 2. Av. pl. pet. 4. Paris, Doin. à Fr. 12½.

HARTMANN R. Handbuch ber Anatomie d. Menschen f. Studirende u. Aerzte. Mit 465 zum Thl. farb. Abbildgn. gr. 8. Strassburg Schultz et Co. M. 22.

W zastępstwie redaktora: **Dr. A. Kwaśnicki.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Ulica Podwale Nr. 84.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Boulv. Voltaire 180, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 2 lipca 1881. № 27. Rok XX.

I. Badanie przyrządu wzrokowego w celu rozpoznawania jego chorób.

Wykłady kliniczne.

Podał Prof. Dr. **Lucyjan Rydel.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 26).

Rozległość obszaru spojówki doznaje nierzadko znacznego zmniejszenia skutkiem jéj zaniku i zbliznowacenia, zrządzonego najczęściéj przez jaglicę, dyfteryję i zadziałanie różnych istot żrących. Blizny uderzają jako gładkie, białawoszare plamy wejrzenia ścięgnistego, rozmaitéj postaci i wielkości, a bywają niekiedy cienkie tylko i powierzchowne, to znów grube i głęboko sięgające. W wyższych stopniach zbliznowacenia i skrócenia spojówki załamek staje się płytszym, skutkiem czego, przy zwróceniu oka w górę i równoczesném odciągnięciu powieki dolnéj, napinają się pionowo zmarszczki między spojówką gałkową a powiekową; w stopniach najwyższych załamek wygładza się i zanika do tego stopnia, że spojówka powiekowa przechodzi niejako wprost na gałkę oczną *(Symblepharon posterius)*.

Wydzielina. Oprócz łez, stanowiących wydzielinę prawidłową, spojówka wytwarza na swéj powierzchni w sprawach zapalnych w miarę ich rodzaju i stopnia: śluz czysty, lub z ropą pomięszany; mniéj więcéj czystą i gęstą, żółto lub zielonkowato zabarwioną ropę; wreszcie łatwo krzepnące istoty białkowate, ścinające się na jéj powierzchni w szarawe strzępy lub błony, które niekiedy znaczną przestrzeń spojówki powlekają. Ważne pod względem rozpoznawczym odróżnienie wydzieliny śluzowéj od ropnéj nie wymaga badania drobnowidowego, bo zachowanie się wydzieliny chorobowéj względem łez nastręcza dostateczne w téj mierze wskazówki. Wydzielina ropna mięsza się mianowicie z łzami w jednostajną ciecz, któréj gęstość, równająca się to gęstości żętycy, to znów gęstości dobréj śmietany, zawisła tylko od ilości ciałek ropnych w stosunku do obfitości łez wydzielanych. Śluz przeciwnie nie miesza się ze łzami, lecz pływa w nich w postaci płatków, strzępków, nitek i t. p., ukrywających się najczęściéj w fałdach załamka. Wydzielina mięszana, śluzowo ropiasta zachowuje się odpowiednio do przewagi jednego ze swoich składników. Wydzieliny mniéj więcéj płynne wydobywają się ze szpary powiekowéj, odparzają przyskórek w kącikach i na brzegach powiek, zlepiają je we śnie i zasychają na nich, a wydzielane obficiéj spływają po policzku drażniąc jego skórę.

Dość często nareszcie znajdujemy na spojówce obce ciała, rzadziéj nowotwory.

Uporawszy się ze spojówką, a tém samém z częściami dodatkowemi przyrządu wzrokowego przystępujemy do **badania samych gałek ocznych**, a biorąc je **jako całość** zważamy na ich położenie w oczodole, kierunek osi, ruchomość, rozmiary, postać i napięcie, przy czém obie gałki oczne pod każdym z wymienionych względów między sobą porównywamy.

Średnie prawidłowe **położenie** gałki w oczodole co do głębokości jest takie, że linija prosta, spuszczona od górnego do dolnego brzegu oczodołu, zachowuje się jak styczna do powieki górnéj w miejscu, gdzie ona środek rogówki pokrywa; linija pozioma zaś poprowadzona od zewnętrznego brzegu oczodołu prosto ku wewnątrz przeszłaby przez oko, wprost naprzód zwrócone tuż po za jego soczewką. Już w stanie prawidłowym oko różnie u różnych osób bywa osadzone, u jednych płyciéj, u innych głębiéj; w pierwszym razie mówimy o oku trzeszczowatém, w drugim o zapadłém. W stanie chorobowym znachodzimy wysadzenie *(Exophthalmus)* jednéj; rzadziéj obu gałek ocznych w całości, t. j. tak że i obrocie zmienia swoje położenie. Stopień wysadzenia bywa rozmaity, od zaledwie dostrzegalnego aż do tak wysokiego, że powieki, choć mocno rozdęte i powiększone, zamknąć się nie mogą, nie mówiąc już o rzadkiém wypadnięciu całkowitém poprzed szparę powiekową. Oko może być wysadzone wprost ku przodowi, ale często zbacza ono równocześnie ku jednéj ze ścian oczodołu. Z wysadzeniem łączy się upośledzenie lub zupełne zniesienie ruchów gałki ocznéj, w pewnych lub we wszystkich kierunkach, a nadto widzenie

zdwojone w tych przypadkach, w których oko równocześnie ku jednéj ze ścian oczodołu zbacza.

Kierunek osi ocznych zawisł od odległości przedmiotu, w który się wpatrujemy, w nim bowiem krzyżują się one w stanie prawidłowym. Gdy oczy zwracają się w odległość nieskończoną osie optyczne ustawiają się równolegle do siebie: przybierają zaś kierunek coraz bardziéj zbieżny w miarę jak się w coraz bliższe przedmioty wpatrujemy. Najlżejsze zboczenie osi jednego oka w którymkolwiek kierunku wywołuje widzenie zdwojone, byleby oba oczy zdolne były do widzenia i udział w niém brały.

W stanie chorobowym znajdujemy nierzadko zboczenie osi jednego oka w najrozmaitszych kierunkach, najczęściéj skutkiem porażenia lub niepodolności jednego, lub kilku na raz mięśni ocznych. Jeżeli stopień zboczenia jest znaczny nie łatwo je, przy niejakiéj uwadze, przeoczyć, w przypadkach wątpliwych i niskiego stopnia każemy choremu wpatrywać się nieruchomo w jakiś przedmiot bliski, n. p. nasz palec i zasłaniamy mu podczas tego to jedno, to znów drugie oko. Jeżeli osie oczne spotykają się w przedmiocie, oczy pozostają nieruchome w chwili tego kolejnego zasłaniania; jeżeli przeciwnie jedno z óczu w chwili zasłonięcia drugiego wykonywa ruch aby oś swoję zwrócić na palec, dowodzi to oczywiście, że przed chwilą zbaczało w kierunku przeciwnym temu, w którym teraz ruch wykonało. Im silniejszy zaś ten ruch, tém mocniejsze było zboczenie. Wydarzają się jednak zboczenia tak nieznaczne, że ich przy największéj uwadze i w ten sposób uwidocznić nie można, a w takich razach dokładny rozbiór rodzaju widzenia zdwojonego i kierunku pola widzenia, w którym ono występuje, jest jedynym sposobem badania, za pomocą którego każde, choćby najdrobniejsze, zboczenie osi rozpoznać i jego kierunek dokładnie oznaczyć możemy. O badaniu widzenia zdwojonego wspominam tutaj tylko pobieżnie, należy ono bowiem już do badania podmiotowego, o którém dopiero późniéj będzie mowa.

Ruchomość. Gałka oczna ruchoma jest we wszystkich kierunkach na podobieństwo główki stawu wolnego (*arthrodia*). Wszystkie ruchy swoje wykonywa ona około jednego punktu stałego, położonego na osi ocznéj, 1 mm. po za jéj środkiem, a 13·5 mm. po za szczytem rogówki, który to punkt nieruchomy obrociem (*Drehpunkt*) zowiemy. Do oznaczenia bezwzględnéj ruchomości oczu w różnych kierunkach użyć można perimetru, a jeżeli nam na jeszcze większéj dokładności zależy sposobów Heringa lub Dondersa i Schuurmana W ten sposób oznaczona ruchomość każdego oka z osobna wynosi dla óczu miarowych ku wewnątrz 45°, ku zewnątrz 42°, ku górze 34°, na dół 57°, tyleż mniéj więcéj dla oczu nadmiarowych, nieco zaś mniéj dla krótkowidzących czyli niedomiarowych. W celach klinicznych badamy ruchomość oczu każąc się choremu wpatrywać w nasz palec oprowadzany zwolna najprzód w czterech głownych, a następnie w pośrednich kierunkach. Przy najmocniejszém zwróceniu oka ku wewnątrz brzeg wewnętrzny rogówki dochodzi do mięska łzowego, zwracając zaś oko najmocniéj ku zewnątrz możemy jéj brzeg zewnętrzny dociągnąć aż do zewnętrznego kącika szpary powiekowéj.

W stanie chorobowym ruchomość może w jednym lub kilku naraz kierunkach być upośledzoną, albo zgoła zupełnie zniesioną, a stopień ubytku ruchomości oznaczamy w przybliżeniu trzymając się właśnie co wskazanych granic i porównywając ją z ruchomością oka drugiego. Widzenie zdwojone służy nam wreszcie i tutaj za środek oznaczenia kierunku i stopnia upośledzonéj ruchomości.

Wielkość gałki ocznéj, podległa różnicom indywidualnym, wynosi średnio w wymiarze poziomym od przodu ku tyłowi 24 mm., w poziomym poprzecznym 23·5 mm., w pionowym 23 mm. Oczy nadmiarowe krótsze są z przodu ku tyłowi; nadmiarowe zaś dłuższe. Pominąwszy te różnice, zawisłe od refrakcyi, czyli budowy optycznéj, gałka oczna doznaje w stanie chorobowym powiększenia lub zmniejszenia w jednym, w kilku na raz, albo nawet we wszystkich kierunkach.

W oczach nielekarzy zmniejszenie lub zwiększenie szpary powiekowéj uchodzi często za zmianę rozmiarów saméj gałki ocznéj. Rzeczywiste zmniejszenie lub zwiększenie samego oka łączy się zazwyczaj ze zmianą postaci i bywa oznaką ciężkich spraw chorobowych, zasluguje téż na baczną uwagę lekarza. Zmiany co do wielkości jednéj gałki ocznéj oceniamy przez dokładne porównanie z drugą.

Postać. Zmiana prawidłowéj, w przybliżeniu kulistéj, postaci gałki ocznéj jest ważnym przypadem, a raczéj następstwem ciężkich spraw chorobowych. Ograniczone garbiaki (*Staphyloma*) i rozlane rozdęcia (*Ectasia*) rogówki, a bardziéj jeszcze twardówki, dają n. p. powód do rozmaitych zmian postaci, połączonych z powiększeniem gałki ocznéj; zanik jéj objawiać się zwykł obok wyraźnego zmiękniani a oka lekkiém przypłaszczeniem twardówki w kierunku jednego lub kilku mięśni prostych już wcześnie, zanim oko wyraźnie maleć zacznie. W późniejszych okresach zaniku mięśnie proste wrzynają się niejako w twardówkę i tworzą w niéj głębokie bruzdy, skutkiem czego oko postać czworograniastą przybiera.

Napięcie gałki ocznéj zaczęto dopiero w nowszych czasach badać i uwzględniać jako bardzo ważny objaw chorobowy. Zawisło ono wprawdzie nie całkiem wyłącznie, ale głównie i przeważnie, od parcia, które treść gałki ocznéj wywiera razem z krwią, krążącą w naczyniach śródocznych, na jéj ściany (rogówkę i twardówkę). Napięcie czyli stopień twardości jest więc, lubo nie zupełnie ścisłym, to przecież dostatecznie wiernym, wyrazem ucisku śródocznego, mającego wielki wpływ na krążenie w oku i jego odżywienie. Gdy zaś o bezpośredniém oznaczeniu ucisku śródocznego nie może być mowy u człowieka żyjącego, zależeć nam więc musi bardzo wiele na oznaczeniu napięcia ścian gałki ocznéj. Badanie napięcia odbywa się za pomocą macania palcami w sposób podobny do tego, którym badamy chełbotanie. Oparłszy obie ręce trzema ostatniemi palcami na czole i skroni chorego przykładamy palec wskazujący jednéj ręki do zewnętrznéj, drugiéj zaś do wewnętrznéj połowy lekko zamkniętéj powieki górnéj i wywieramy lekki ucisk na twardówkę naprzemian to jednym, to znów drugim palcem. Macanie to odbywać się winno tylko za pomocą mięśni palców, a nie za pomocą ruchów całéj ręki albo zgoła ramienia, bo w ten sposób uczuwamy najlepiéj małe różnice twardości. Początkujący powinien ćwiczyć się w tém badaniu pilnie badając jak najwięcéj óczu zdrowych, raz dla tego aby nabrać należytéj wprawy i wyrobić sobie delikatne czucie, powtóre z powodu, że napięcie oka okazuje dość znaczne różnice fizyjologiczne, które dokładnie znać potrzeba chcąc sądzić o tém, co jeszcze miary prawidłowéj nie przekracza, a co już za chorobowe uważać należy. Co u jednego człowieka jest jeszcze prawidłowém, może u innego oznaczać już chorobowe podwyższe-

nie lub obniżenie ucisku śródocznego; gdy atoli w stanie prawidłowym obie gałki oczne jednakowo są napięte, należy więc porównywać je pod tym względem, aby stwardnienie lub zmiękniemie jednéj tém pewniéj nie uszło naszéj uwagi. To porównywanie odbywa się oznaczając w sposób powyższy napięcie jednego, a następnie drugiego oka, najlepiéj jednak macając równocześnie obu palcami wskazującemi, przyłożonemi do odpowiednich miejsc twardówki. Coccius radzi nie macać przez powieki, lecz przykładać palce zmaczane w wodzie ciepłéj bezpośrednio do twardówki poniżéj rogówki, podczas gdy badany patrzy do góry.

Celem porozumienia się pod względem różnych stopni chorobowéj zmiany ucisku śródocznego Bowman wyraża napięcie prawidłowe przez Tn, lekkie ale niewątpliwe podwyższenie przez T+1, mocne podwyższenie przez T+2, przez T+3 wreszcie najmocniejsze, przy którém oko okazuje twardość kamienną, tak, że nawet mocniejszy ucisk palcem nie wywołuje zagłębienia. Zmniejszenie napięcia oznacza on w sposób odpowiedni przez T—1, T—2, T—3 Znak T+1? wreszcie wyraża wątpliwe podwyższenie ucisku śródocznego.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. Z prywatnéj kliniki chirurgicznéj Dra Rydygiera w Chełmnie n/W.

Czy spray stanowi część potrzebną sposobu przeciwgnilnego?

(Studyjum krytyczno doświadczalne).
Napisał Dr. Rydygier.
(Dokończenie. Patrz Nr. 26.)

II. Szereg doświadczeń w ten sam sposób urządziliśmy, z tą tylko różnicą, że używaliśmy ręcznego sprayu. Wyniki zupełnie podobne do poprzednich, tylko w kilku przypadkach różnica najwyraźniéj wystąpiła dopiero na 4téj parze talerzy, co zresztą i przy używaniu parowego sprayu nieraz miało miejsce.

Jeżeli się godzi porównywać te bardzo grubo mechaniczne stosunki do przyrzutów, natenczas dowodzą one jasno słuszności naszych teoretycznych wywodów. Pewnéj siły przekonywającéj nie możemy im odmówić, ponieważ uwzględniają dokładnie stosunki istniejące w pokoju operacyjnym.

Doszliśmy więc na drodze teoretycznego rozumowania i na podstawie doświadczeń do zupełnie przeciwnych jak Mikulicz wniosków co do mechanicznego wpływu mgły. Na podstawie téj słusznie—sądzę—twierdzić możemy, iż wpływ mechaniczny sprayu ranie nie tylko nie szkodzi, ale przeciwnie korzyść przynosi, mianowicie jeżeli—jak zwykle rzeczywiście bywa—przez pewien czas jest czynny już przed pierwszém cięciem, albo przed zdjęciem ostatniéj warstwy opatrunku. Z tego wynika zarazem, że powinniśmy zawsze na chwilkę przed operacyją lub zmianą opatrunku mgłę stósować. Ponieważ jak już wyżéj wspomnieliśmy mechaniczny wpływ sprayu co dopiero uwzględniony, nie może zastąpić nawet i najczęstszéj irygacyi, więc już tém samém teoretycznie dowiedliśmy, że w ogóle nie można sprayu w zupełności zastąpić irygacyją.

Drugie pytanie odnosi się do mechanicznego wpływu sprayu. Tutaj rozróżnia trafnie Mikulicz dwojaki wpływ antyseptyczny: 1) Żywotność wszystkich przyrzutów już w powietrzu, zanim spadną na ranę, zmniejszoną zostaje przez zetknięcie z płynem antyseptycznym; przyrzuty zatém przechodzą kąpiel antyseptyczną już w powietrzu. 2) Pewna ilość płynu antyseptycznego napełnia ranę i przerabia ją na glebę nieurodzajną do dalszego rozwoju przyrzutów. Podług Mikulicza pod temi względami zwyczajna irygacyja zupełnie zastępuje spray. Nie wierzy on bowiem w skuteczność wpływu obmycia przeciwgnilnego przyrzutów powietrza przed ich spadnięciem na ranę, twierdząc, że w zwykłéj koncentracyi środek przeciwgnilny nie może mieć żadnego wpływu na żywotność przyrzutów przez krótkie zetknięcie, jakie ma miejsce przy używaniu go w postaci sprayu. Dowodu swego twierdzenia Mikulicz nie podaje, a możnaby przecież wątpić, żeby opłukanie przyrzutów w powietrzu zawieszonych 2—3% rozczynem kwasu karbolowego miało być zupełnie bez wpływu una silę ich rozwoju jeżeli na innem miejscu tenże autor twierdzi, że nieraz juz zupełnie mała ilość środka przeciwgnilnego wystarcza, azeby pole rozwojowe, na które przyrzuty spadają, zmienić na niezdatne do dalszego rozwoju. Ostatnie twierdzenie starał się Mikulicz udowodnić szeregiem doświadczeń; po pól godzinnéj czynności mgły karbolowéj dostrzegł, że rozwój przyrzutów w alkalicznym moczu się opaźniał, a w płynie Pasteura, Bergmanna zwykle zupełnie ustawał. Skutek ten podług Mikulicza wywoływał kwas karbolowy spadający do płynu rozpłodowego; ilość obliczył na 0,02 – 0,03%. Prof. Maas w referacie swoim o tych doświadczenia (l. c.) wspomina, że podług niego tak drobna ilość kwasu karbolowego, jak 0,02—0,03%, dodana do płynu rozpłodowego, nie może na żadn sposób wstrzymać rozwoju bakteryj.—Powyższe uwagi skłaniają nas do twierdzenia, że nie należy zupełnie ignorować wpływu chemicznego, jaki środek przeciwgnilny wywiera w postaci sprayu na przyrzuty powietrza przed ich spadnięciem na ranę; a chociaż nie twierdzimy, że wpływ ten jest nadzwyczaj wielki, jednak sądzimy, że w żaden sposób nie można go zastąpić późniejszą irygacyją. Zgadzamy się zupełnie z Mikuliczem, a zdanie to pewnie większość podziela, że przyrzuty powietrza dopiero po kilku godzinach zaczynają się rozwijać i że dla tego irygacyja następcza może na nie jeszcze natrafić, jeżeliby tylko płyn irygacyjny zawsze i na pewno wszystkie zakątki i jamy rany zdołał dostatecznie wypłukać, gdybyśmy mieli absolutną pewność, że nigdy nie może się zdarzyć, żeby pewna ilość przyrzutów przypadkiem gdzie w jakim zakątku nie pozostała, albo przez następne czynności operacyjne nie została wciśniętą w głębsze warstwy tkanek. Prawda, że to nie często się zdarzy w rzeczywistości, ale nie rozumiemy, dla czegoby się pozbywać środka zabezpieczającego, choćby w najrzadszych przypadkach, tam gdzie chodzi o życie lub zdrowie naszych chorych; mianowicie jeżeli zważymy, że wątpliwą jest rzeczą, co niedogodniejszém jest dla operatora, czy spray lub irygacyja, osobliwie częsta irygacyja podczas operacyi.

Z teoretycznego stanowiska, zdaje mi się, dowiodłem powyżéj, że i pod względem chemicznego wpływu następna irygacyja nie zupełnie zastępuje spray. — Zwracamy nadto uwagę, że nie po wszystkich operacyjach możemy stósować następczą irygacyję, a mianowicie nie po operacyjach w jamie brzusznéj i opłucny. Wprawdzie Mikulicz twierdzi, że prawidłowa otrzewna jako taka nie zakaża się z powietrza w zwykłych warunkach. Dowód na to na innem miejscu obiecał podać. Niestety musimy nieraz w jamie brzusznéj operować, chociaż otrzewna nie jest „normalną" i czę-

sto pod „niezwykłemi warunkami.“ Nadto nieraz już spostrzegano powstanie ropienia w jamie brzusznéj po wytoczeniu z niéj płynów trójgrańcem i to trójgrańcem, który poprzednio przez kilka dni leżał w 5% kwasie karb. i po dokładném obmyciu skóry brzusznéj; gdzie więc podług wszelkiego prawdopodobieństwa przyrzuty tylko z powietrza dostały się do jamy brzusznéj. W następnym kazuistycznym przyczynku wykażę, że właśnie przy operacyjach w jamie otrzewny nie używam mgły dla szczególnych przyczyn, jak to inni operatorowie robią; wtenczas atoli staram się wyjątkowemi środkami ostrożności zapobiedz możliwemu zakażeniu. Jeszcze mniéj przekonywującym jest dowód Mikulicza co do zbyteczności mgły przy operacyjach na opłucny. Mikulicz przytacza jeden przypadek Kolaczka resp. Fischera wskazuje i na inne. Ale właśnie po nakłuciu wysięków opłucny, gdzie swobodnego przystępu powietrza nie wykluczono, następowało podług dotychczasowego doświadczenia, dość często zropienie jamy opłucny; to właśnie jest przyczyną, dla czego tak skrzętnie się starano, ażeby wynaleść narzędzia, któreby na pewno wstrzymywały przystęp powietrza do nakłutéj jamy opłucny, w przekonaniu, że sama dokładna desinfekcyja narzędzi nie wystarcza.

Teoretycznym wywodom przytoczonym przez Mikulicza po tych przykładach musimy odmówić siły przekonywającéj, gdyż przyjmuje rzeczy za dowiedzione i używa ich na poparcie swego zdania, które winien dopiero udowodnić. Mikulicz wychodzi bowiem ze zapatrywania, że spray nie ma żadnego wpływu na przyrzuty w powietrzu, a tylko w ten sposób działa, że płyn jego przeciwgnilny pada na ranę i przemienia ją na glebę niezdatną do dalszego rozwoju bakteryj. Ponieważ zaś przez mały otwór punkcyjny tylko mała ilość płynu przeciwgnilnego do jamy opłucny dostać się może, a rozpływając się po wielkiéj powierzchni opłucnéj tak dalece się rozcieńcza (zapewnie niżéj 0,02—0,03%) musi się stać zupełnie bezskutecznym, a więc spray jest niepotrzebnym. Tak wnioskuje Mikulicz. My zaś, zgadzając się zupełnie z Mikuliczem co do znacznego rozcieńczenia płynu przeciwgnilnego i jego bezskuteczności w takim stanie z jednéj strony, a niezapominając o praktycznie skonstatowanych wynikach dobrych przy punkcyi jamy opłucny pod wpływem sprayu z drugiéj strony, przeciwnie sądzimy, że ztąd wynika, iż spray ma wpływ na przyrzuty w powietrzu, a ponieważ tego jego wpływu następczą irygacyją zastąpić nie można, więc spray jest koniecznie potrzebnym; tem potrzebniejszy przy punkcyi opłucny, że zwykle wcale tam irygacyi następnéj użyć nie można, spray zaś nie wywiera żadnego szkodliwego wpływu, jak to może mieć miejsce przy szeroko otwartéj jamie otrzewny.

Streszczając, co się powyżéj powiedziało, opieramy na wywodach teoretycznych i doświadczalnych następujące zdania: 1) Wpływ mechaniczny sprayu nie tylko nie szkodzi, ale przeciwnie jest użytecznym; 2) Irygacyja następcza nie może zastąpić sprayu zupełnie i nie we wszystkich przypadkach, ponieważ nie zastępuje wszystkich skutecznych jego przymiotów, a powtóre ponieważ nie wszędzie jéj można użyć.

Na zakończenie téj pracy zwracamy jeszcze raz uwagę, że nie należy ograniczać wpływu mgły tylko do zakażenia z powietrza. Właśnie w zwyczajnych naszych operacyjach codziennych tak często dotykamy rękoma podczas operacyi rozmaitych przedmiotów, które nie są czyste w myśl systemu bezgnilnego, jak np. ubrania, stołu operacyjnego, włosów itd., narządzia zaś, jak pincety, nie zawsze kładziemy do przeznaczonego naczynia, nieraz obok niego na stół. Mogłoby się więc zdarzyć, że przez późniejsze czynności operacyjne tak głęboko wszczepimy przyrzut w ranę, iż następną irygacyją wypłukać ich nie zdołamy; spray zaś ciągle padający na nasze ręce i narzędzia albo zawczasu spłucze przyrzuty, albo je przynajmniéj obmyje płynem przeciwgnilnym i w ten sposób zapobieży ich szkodliwym wpływom

Zadaniem mojéj rozprawy bylo przeszkodzić przynajmniéj zanadto pospiesznemu usunięciu sprayu. Praktyczne wyniki Trendelenburga i Brunsa są bez wątpienia wyborne, ale nie powinniśmy o tém zapominać, jak się już na początku wspomniało, że osiągnięto je w klinikach, w których już przez długie lata stósowano sposób przeciwgnilny z całą ścisłością; w których już dawno nie spostrzegano chorób przyrannych, albo tylko wyjątkowo; w których wszystkie kąty nieomal przesycone były karbolem; w których nareszcie i operator i asystenci byli jak najdokładniéj wyćwiczeni w używaniu sposobu przeciwgnilnego, tak że po porzuceniu mgły chcieli i umieli resztę tego systemu z tém większą akuratnością stósować. W takich zakładach nie jedno ujdzie bezkarnie. Ale wystawmy sobie przepełniony szpital wojskowy, gdzie często zdarzają się rany nieaseptyczne, gdzie dużo nagromadza się przyrzutów; gdzie operator przy nawale pracy nie zawsze może zważać najskrupulatniéj na czystość narzędzi itd., gdzie ani asystenci ani posługacze nie zawsze są dokładnie obeznani i wćwiczeni we wszelkie drobnostki systemu autyseptycznego, a nieraz—choćby i byli—dla braku czasu nie zupełnie skrupulatnie wszystkiego przestrzegać mogą, w takich stosunkach twierdzę, że nieraz jeszcze w ostatnim momencie spray może złe naprawić. A przecież po części właśnie dla wojennych celów starano się w powyżéj przytoczonych pracach dowieść uciążliwości i bezskuteczności sprayu.

Z tych przyczyn kończąc jeszcze raz zawołałbym:

„Tylko nie zbyt spieszyć się z usunięciem sprayu!“

III. Z oddziału Docenta Dra Pareńskiego.

Zapalenie opon mózgowych i rdzenia pacierzowego nagminne.
(Meningitis cerebrospinalis epidemica).

(Sprawozdanie z przypadków leczonych w szpitalu ś. Łazarza w latach 1876—1880).

Skreślił Dr. **Wład. Ant. Gluziński.**

(Odczyt miany na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego).

(Dokończenie. Patrz Nr. 25).

Zboczeń ze strony narządów zmysłowych nie spotykaliśmy często. Pierwsze miejsce należy się tu narządowi słuchowemu. Pomijając zwykłe szumy, dzwonienia — wspomnę tylko o 3 przypadkach z grubszemi zboczeniami, a mianowicie jużto w postaci niedosłyszenia kilka dni trwającego (VII), jużto zupełnéj prawie głuchoty począwszy od 8 dnia choroby, powstałéj nagle bez żadnych przypadów zewnętrznych (X), jużto poprzedzonéj silnemi bólami uszów, cieczeniem ropy w przypadku, który zakończył się śmiercią (V). Podstawę do zboczeń w rodzaju dwóch pierwszych odnoszą jedni (Klebs, Niemeyer) do zmian na dnie czwartéj ko-

mórki, inni (Ziemssen, Hess) do szkodliwych następstw, jakim ulega nerw słuchowy przez otoczenie go wypociną ropną — dla ostatniego przypuszczenia jednak jest mocno obciążającą okoliczność, dla czego w takim razie n. twarzowy, który stale towarzyszy przebiegowi n. słuchowego, nie ulega w tych przypadkach tym samym zmianom, co ten ostatni? W przypadkach, gdzie przychodzi do ropienia ucha wewnętrznego, jak u Kazimierza G., ciekawém jest rozstrzygnięcie pytania — jakie znaczenie ma i zkąd się ta zmiana bierze t. j. czy ropa nagromadzona w uchu wewnętrznem jest wynikiem jego zapalenia czy opadowém zjawiskiem wypociny złożonéj na podstawie mózgu a posuwającéj się — wzdłuż przebiegu nerwu słuchowego — jak to chce Tröltsch (*Lehrbuch der Ohrenheilkunde*). Przedsięwzięte doświadczenia Hellera (*Deutsch. Archiv. für klin. Medicin* 1867, T. III. str. 482) dostatecznie wykazują mylność ostatniego przypuszczenia, a równocześnie badania jego anatomopatologiczne rozstrzygają drugie pytanie, czy sprawa zapalna ucha wewnętrznego jest współrzędnem cierpieniem z cierpieniem błon mózgowych i rdzeniowych, t. j. czy te zmiany wywołane są tążsamą szkodliwością bez bliższego związku ze sobą, czy téż ta *otitis interna* jest skutkiem postępującego zapalenia z błon mózgowych wzdłuż osłonki n. słuchowego, — i to rozstrzygają na korzyść ostatniego przypuszczenia.

Szczęśliwsze były nasze przypadki pod względem zboczeń w narządzie wzrokowym, — bo oprócz dość silnego stopnia zapalenia spojówek powiekowych (VI), — innych zmian podać nie możemy.

Dla dokładności wspomnieć muszę o ubocznych przypadach jak o krwotokach nosowych (IV, X), o bólu gardła (V, XII), o odleżynach oprócz wspomnianych u Zofii B. (III) także u Kazimierza G. (V), a więc w obydwóch niepomyślnych przypadkach, — wreszcie o końcowéj komplikacyi z różą (IX), która przeciągnęła rekonwalescencyję.

Przebieg i trwanie. Że bezwzględny przebieg naszych przypadków był ostry, że tylko w porównaniu jednego z drugim, a więc względnie, zrobiliśmy wyżéj przytoczony podział co się tyczy natężenia, — rzecz z poprzedniego przedstawienia jasna. Objawy, które pojedyńczo rozebrałem, wiązały się bez stałéj reguły — objawy podniecenia z objawami depresyi, objawy początkowe jednego przypadku z objawami, które w innym na końcu widzieliśmy, — słowem trudno, a nawet nie podobna, byłoby przeprowadzić ścisły podział choroby na dwa okresy, t. j. początkowy podniecenia i końcowy przytłumienia i ostatecznie możnaby się zgodzić na następujące zdanie Corbin'a (*Gaz. med. de Paris* 1848 cyt. u Hirscha) dla dogodzenia zwolennikom podziału: *„il y a deux périodęs l' une d' exaltation l' autre de collapsus, mais ces périodes ne sont pas tellement tranchés que l' exaltation ne puisse reparäitre aprēs le coma et reciproquement, quoique moin souveni le coma se montre dès la première période.“*

Trwanie choroby rozciągało się od 5—50 dni jak wykazuje następująca tabliczka:

Przypadki śmiertelne:		Przypadki pomyślne:	
dni 5	1	od 2—3 tygod. . . .	1
„ 7	1	„ 3—4 „	3
		„ 4—5 „	1
„ 17	2	„ 5—6 „	1
„ 24	1	„ 6—7 „	1
Razem	5	Razem	7

Po przebytéj chorobie przedstawiali się pacyjenci mocno osłabieni, wyniszczeni, — rekonwalescencyja szła jednak szybkim krokiem, żaden przypadek nie przeszedł w formę przewlekłą, a choroba oprócz utraty słuchu w dwóch przypadkach nie pozostawiła żadnych widocznych następstw.

Leczenie. Sposób leczenia zastósowany u naszych chorych daje się odnieść do 7 wskazań, jakie sobie wytknięto, a mianowicie: 1) siły chorego szanować, 2) przekrwienie mózgu i rdzenia usuwać, 3) gorączkę w razie potrzeby obniżać, 4) pojedyńcze przypady jak bóle, bezsenność, zaparcie stolca i t. d. zwalczać, 5) dyjetę odpowiednio do sił chorego stósować, 6) w razie zapadu czynność serca podnosić, 7) w stósownym czasie wessanie złożonéj wypociny wspierać.

Odpowiednio do tych wskazań łatwo sobie każdy przedstawi sposób postępowania w leczeniu, żeby wypełnić 1sze wskazanie nie robiono ogólnych upustów krwi, które niektórzy autorowie zalecają, natomiast stósownie do 2go wskazania chętnie zastósowywano miejscowe upusty za pomocą pijawek (10—12), jużto umieszczonych za uszami jużto wzdłuż stosu pacierzowego odpowiednio do potrzeby. Skutek ich był nieraz widoczny, przypady nerwowe wolniały, chorzy stawali się spokojniejsi, bóle głowy, karku i t. d. zmniejszały się, naturalnie nie we wszystkich przypadkach i to tylko na pewien czas, a w takim razie u indywiduów silnych powtarzano tę manipulacyję. Dla wypełnienia tego wskazania używano téż okładów lodowych na głowę i pryszczydeł w stósownych miejscach przyłożonych. Kilkakrotnie próbowano wypełnić 3cie wskazanie podając *Chin. sulf.*, *Natr. salicyl.* — zdaje się jednak, że wypełnienie tego wskazania jest rzeczą podrzędną, raz, że gorączka w téj chorobie, jakeśmy to wspomnieli, nie dochodzi wysokiego stopnia, drugi raz, że wpływ leku, wobec ciągłych wahań ciepłoty, nie da się stanowczo stwierdzić.

Uciążliwe dla chorego przypady jak bóle, bezsenność, rozdrażnienie, które stanowią nasze 4te wskazanie, dzielnie stósunkowo zwalczały narcotica podane jako opium, morfin w proszkach lub wstrzykiwaniach podskórnych, chloral i śmiało możemy powiedzieć, opierając się nietylko na naszych przypadkach ale pożytkując się setkami obcych sprawozdań, że narcotica w téj chorobie należą do najdzielniejszych naszych środków.

Sposób wypełnienia 5tego i 6tego wskazania nie potrzebuje bliższych objaśnień; siódmemu czyniono zadość przez podawanie *Kali jodati*, wcierania *Ung. cinereum* i dobre odżywianie.

Takie było postępowanie lecznicze, że jest ono racyjonalne i wynika z pojęcia choroby każdy przyznać musi i nikt nam zapewne zarzutu nie zrobi, chociaż nie podajemy wypadku stanowczego z naszéj terapii, t. j. czy przy tym sposobie leczenia obniża się procent śmiertelności, czy zapobiega się przykrym nieraz następstwom w razach pomyślnego przebiegu i t. d., — na to potrzeba kilkadziesiąt, jeżeli nie kilkaset, razy większego materyjału jak nasz, wielkiéj bezstronności, głębokiego doświadczenia i długich nieroztrzelonych sił i starań.

Na zakończenie niniejszego sprawozdania niech mi wolno będzie dodać jeszcze słów kilka. Z rozszerzenia się geograficznego choroby, z pierwotnego swego źródła t. j. Francyi, z zestawienia dat, w których ta choroba pojedyńcze kraje, po raz pierwszy, nagabywała, — możemy wyciągnąć wnioski, że ona powoli, ale stale zajmuje coraz większe obszary Europy krocząc od Zachodu ku Wschodowi. Dostawszy się

w r. 1874 do naszéj prowincyi, zachowując to samo prawidło, — w przeciągu lat 5 przebiega wzdłuż Galicyję, — jak to widzieć możemy z nielicznych dotychczasowych sprawozdań Bendy (Przegląd lekarski 1879 Nr. 27), Sawickiego (tamże 1880, Nr. 43, 44, 46), Warschauera (tamże 1879, Nr. 20 i *Allg. Wiener med. Zeitung* 1879 Nr. 44, 46, 47, 50).

W Chrzanowie bowiem pojawia się w r. 1874, — Kraków w r. 1876 ma ją w swoich murach, — a przebiegając prowincyję, z któréj wiadomości mamy bardzo skąpe, w grudniu 1879 ukazuje się we Lwowie. Do dokładności obrazu jeszcze naturalnie dużo brakuje, — uzupełnienie jego częściowe, przez wciągnięcie Krakowa w ten łańcuch, który rozciąga się już przez całą tę część Polski, którą Galicyją nazywamy i wywołanie dyskusyi Szanownego Zgromadzenia, któraby tę sprawę więcéj rozjaśniła, — było celem niniejszéj rozprawki.

IV. Oceny i sprawozdania.

Czém jest gnicie?

(Dokończenie. Patrz Nr. 26).

Lecz na tym stosunku dwoinek do tlenu nie ogranicza się działanie ich w sprawie gnicia. Jest bowiem rzeczą niewątpliwą, że w gniciu, podobnie jak w kiśnieniu, zachodzi związek stały między dwoinkami, które rosną i mnożą się, a ciałem gnijącém, które sobie przyswajają, czyli że mówiąc innemi słowy, istoty białkowate stanowią pokarm dwoinek w czasie swego gnicia.

Z licznych doświadczeń, mających na celu sztuczne hodowle dwoinek, wiadomo, że takowe czerpią materyjał do budowy swych komórek [1]) z jednéj strony z kwasu winowego (lub równoważnego węglika wodu) z drugiéj z amoniaku. Tymczasem w sprawie gnicia otrzymują pożywienie białkowate. W obec téj różnicy mogłaby zachodzić wątpliwość, czy sztuczną pożywkę dwoinek w postaci soli amonowéj można uważać za prawidłową, i czy procesy chemiczne, zachodzące przy hodowli dwoinek, nie są wcale innego rodzaju niż w zwykłym ich rozwoju podczas gnicia. Lecz zarzut ten zbijają następne fakta. Po pierwsze mnożenie się dwoinek w sztucznéj pożywce nie odbywa się wcale pośledniéj niż w istotach białkowatych gnijących. Powtóre, acz dowieść nie podobna, że procesy chemiczne, jakie zachodzą przy sztucznéj hodowli dwoinek, są też same, co przy mnożeniu się ich naturalném, gdyż w obu przypadkach niedostatecznie jeszcze znamy produkta tych procesów, to jednak przynajmniéj jest dotąd stwierdzoném, że niektóre smrody, gniciu właściwe, nie są przywiązane do istot białkowatych, dwoinki bowiem mogą je wywołać także w pożywce sztucznéj. Tak np. czujemy wyraźnie zapach kwasu masłowego w roczczynie winianu amonowego, jeśli dwoinki rozmnożą się w nim do tego stopnia, że się zabieli. A przecież w cieczy powyższéj nie ma białka. Nareszcie po trzecie doświadczenia Cohna z dwoinkami barwnemi kształtu gałeczkowego wykazują, że takowe tworzą te same produkta w pożywce sztucznéj, złożonéj z soli amonowéj jak w naturalnym pokarmie z istoty białkowatéj. Z objawu tego godzi się wnioskować, że sprawa przyswajania u dwoinek barwnych, a prawdopodobnie i u dwoinek w ogóle, jest taką samą, czy otrzymują azot w postaci amoniaku czy w postaci istoty białkowatéj.

Lecz z wniosku powyższego wypływa nowe pytanie a mianowicie, czy prawdopodobném jest, aby te same komórki, które posiadają zdolność wytwarzania swego pierwoszczu za pomocą czynności przyswajania z soli amonowéj, mogły gotowy już pierwoszcz przyjmować w postaci istoty białkowatéj. Na pytanie takie wypada odpowiedzieć przecząco. O ile bowiem znaném nam jest odżywianie zwierząt i roślin, to ten sam ustrój nie może przyswajać połączeń jednego rodzaju organicznych i nieorganicznych. I tak rośliny przyswajające bezwodnik węglowy nie żywią się węglikami wodu, te zaś, które potrzebują połączeń pruchnicowych, nie mogą się odżywiać bezwodnikiem węglowym; zwierzęta karmiące się istotami białkowatemi, nie są w stanie wytworzyć sobie krwi z amoniaku, na odwrót rośliny zielone przyswajają amoniak, a nie mogą istot białkowatych. Prawdopodobném więc jest, że i dwoinki, które, jak wiemy, przyswajają amoniak, nie są w stanie chłonąć gotowych ciał białkowatych, tém mniéj gdy przeważna część ostatnich nie rozpuszcza się w wodzie, nie może więc być przez dwoinki wessaną bez

---

[1]) Pytanie, z czego się komórki dwoinek gnilnych składają, stara się rozwiązać rodak nasz Nencki (przy pomocy Schaffera), w pięknéj pracy pod nap. *„Ueber die chemische Zusamensetzung der Faülnissbacterien,"* umieszczonéj pierwotnie w *„Jour. f. Chemie. Neue Folge* B. XIX." następnie zaś ogłoszonéj w osobnéj odbitce (wraz z trzema innemi rozprawami) pod (wspólnym) tytułem: *„Beitrage zur Biologie der Spaltpilze von Nencki. Leipzig* 1880." Z pracy téj wynika:

I. Że ciało dwoinek gnilnych składa się w przeważnéj części (około 90% wagi, licząc bez tłuszczu i popiołu) z istoty białkowatéj, nazwanéj przez Nenckiego mykoproteinem, któréj skład elementarny jest wedle licznych rozbiorów w przecięciu następny (prócz tlenu): C. 52·32%, N. 14·75%, H. 7·55%, z czego dałaby się wyprowadzić taka formułka najprostsza: $C_{25}\ H_{42}\ N_6\ O_9$, (wymagająca więc prócz podanych wyżéj liczb dla C, H i N tlenu 25·27%).

II. Że istota lepka, otaczająca dwoinki gnilne *(zoogloea)*, nie składa się z komórczenia *(cellulosa)*, lecz z takiego samego białka jak i przeważna część dwoinek wykształconych, i jest niczém inném jak napęczniałą osłonką komórek dwoinkowych. Dowodzi tego następna tabliczka rozbiorów:

	Lep ustrojowy *(zoogloea)* czysty	Lep ustr. wraz z dwoinkami w nim rozwiniętemi	Dwoinki wykształcone
Ilość wody	84·81%	84·26%	83·42%
Ilość tłuszczu w stanie suchym istoty badanéj	7·89 „	6·41 „	6·04 „
Ilość popiołu po odtłuszczeniu istoty badanéj	4·56 „	3·25 „	5·03 „
Skład elementarny istoty badanéj po jéj odtłuszczeniu (odliczywszy popiół) C	—	53·07 „	53·82 „
H.	—	7·79 „	7·76 „
N.	14·34-14·60%	13·82 „	13·82-14·02%

Również wykazuje to następna tabliczka składu chemicznego, obliczona w odsetkach, a ułożona dla stanu suchego istoty badanéj:

	Lep ustrojowy *(zoogloea)* czysty	Lep ustr. wraz z dwoinkami w nim rozwiniętemi	Dwoinki wykształcone
Ilość białka	85·76%	87·40%	84·20%
„ tłuszczu	7·89 „	6·41 „	6·04 „
„ popiołu	4·20 „	3·04 „	4·72 „
„ reszty nieoznaczonéj	2·15 „	3·09 „	5·02 „

Reszta nieoznaczona jest komorczeniem *(cellulosa)*. Największą ilość jego (5%) zawierają dwoinki wykształcone, w których tworzy osłonkę.

III. Że tłuszcz, wyciągnięty z dwoinek gnilnych, jest przy ciepłocie zwykłéj ciałem stałém; ilość jego wynosi 6–8% ciała dwoinek w stanie suchym, a rozbiór jego elementarny daje (prócz tlenu): C. 72·54%, H. 11·73%. Tłuszcz więc dwoinek zawiera wód w ilości zgodnéj z innemi tłuszczami zwierzęcemi i roślinnemi, węgla zaś ilość mniejszą o 2·5%. *(Przyp. Sprawozd.)*

poprzedniéj zmiany (np. klej nasion roślinnych, białko gotowane, włóknik mięśni itd.). Na zasadzie powyższego wywodu Cohn mniema, że dwoinki posiadają własność rozkładania drobinek białka na amoniak, który sobie przyswajają, i na inne produkta poboczne, tak ciekłe jak lotne, w części niedostatecznie lub wcale nieznane. I to właśnie stanowi sprawę gnicia. Część wytworzonego w ten sposób amoniaku służy ku temu, aby nierozpuszczalne połączenia białkowate rozpuścić, jak to widzimy na białku kurzém ugotowaném na twardo, na włóknach mięsnych, itp., które w ciągu sprawy gnicia rozpływają się i giną.

Wiemy zatém, czém jest gnicie, i wiemy że je sprawiają dwoinki. Z kolei więc zachodzi pytanie, na czém polega zdolność ich do rozkładania drobinek białka. Czy jest ona bezpośrednią czynnością sprawy ich wegetacyjnéj, podobnie jak rozkładanie bezwodnika węglowego jest objawem czynności żywotnéj ze strony komórek roślinnych zielonych? Czy téż dwoinki tworzą wewnątrz swych komórek połączenie chemiczne, które, wydzielone z nich, rozkłada i rozpuszcza białko, podobnie jak soki trawienne przewodu pokarmowego zwierząt? Innemi słowy, czy dwoinki same są zaczynnikiem, czy one tylko wytwarzają zaczyn płynny? Na pytania powyższe nie ma dotąd odpowiedzi, rozstrzygającéj rzecz stanowczo. *Dr. Różański (Lwów).*

Wiadomości pomniejsze.

(K. Gr.) **Lecznicze działanie tlenu.** M. G. Hayem zawiadomił Akademiję Nauk w Paryżu o nowym szeregu doświadczeń nad wpływem wdechań tlenu. Gdy do wdechań użyje się 40—90 litrów dziennie, rozdzielonych na dwa razy i zmięszanych z nieokreśloną ilością zwykłego powietrza, czynności odżywiania zostają energicznie pobudzone, apetyt się ożywia, ciepłota nieco podnosi, krążenie przyspiesza, a ciężar ciała wzmaga. Zwiększa się téż znacznie tworzenie haematoblastów i czerwonych ciałek krwi a ilość haemoglobinu w tych ostatnich wzmaga się o 5—10%. Skutki te jednakże są przemijające gdy zaprzestaje się wdechań krew przybiera znów pierwotny skład. W blednicy wpływ ten jest bardzo użyteczny. Apetyt powraca, wymioty ustają, ciężar ciała się wzmaga i ilość wydzielanego mocznika jest także znaczniejszą. Ilość ciałek czerwonych krwi zwiększa się, ale ich wartość, znaczenie, nie ulega zmianie, a nawet może być mniejsze. Po upływie 2—3 miesięcy w miejsce poprawy stanu ogólnego stosunki krwi przedstawiają małą zmianę a dobroczynny wpływ wkrótce niknie, gdy zaprzestajemy wdechań. Mimo to wdechania tlenu uważane bywają za cenny środek pomocniczy innego sposobu leczenia Na wymioty, z jakiéjkolwiek one pochodzą przyczyny, wdechania wywierają wpływ, zwykle bowiem ustają wymioty już po jedném lub dwu wdechaniach. Wynik ten otrzymano w niestrawności, ciąży i niedokrewności. W raku żołądka i gruźlicy wymioty stawały się co najmniéj rzadszemi. (*The Lancet* 1881, I. Nr. XXII).

V. Kilka słów w sprawie higijenicznéj reformy szkół.

Przez Dra Tadeusza Żulińskiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 26).

Jakkolwiek bowiem rozporządzenie ministeryjalne z r. 1873 powołuje lekarza jako zwyczajnego członka Komisyi higijenicznéj w Radzie szkolnéj okręgowéj i zapewnia mu we wszystkich sprawach zdrowia dotyczących głos rozstrzygający, mimo to przecie, w obec obowiązków jakie na niego spadają, jako na stróża zdrowia dziatwy szkolnéj całego szkolnego okręgu, jest ono i musi być w praktyce nader niewystarczającém. Bo chociaż rozporządzenia i orzeczenia o sprawach szkolnych higijenicznych w Radach okręgowych będą mogły być tym sposobem dokładniejsze jak dotąd, jako referowane przez ludzi w rzeczach tych fachowych, to jednak kontrola z miejsca piśmienna na niewiele się przyda i małe nieść będzie korzyści. Proponowalibyśmy przeto co najmniéj, ażeby lekarz, jako członek zwyczajny Rady szkolnéj okręgowéj, występował tu niejako jako szkolny inspektor zdrowia, dla tego okręgu, t. j. był obowiązany, o ile można, jak najczęściéj zwiedzać i badać szkoły i dziatwę szkolną swego okręgu, dając odpowiednie wskazówki i rady kierownikom i nauczycielom szkół odwiedzanych. Nadto powinno leżeć w zakresie obowiązków takich inspektorów zdrowia, badać i odpowiednie stawiać wnioski Radzie szkolnéj krajowéj gdzieby mianowicie stale lub czasowo tylko w razie panujących nagminnie chorób, należało zawezwać częstszéj sanitarnéj opieki, t. j. odwiedzania szkół przez lekarzy miejscowych lub blisko tychże mieszkających, aby naglącéj potrzebie rychléj zadość się dziać mogło, gdy inspektor zdrowia okręgowy, pomimo najgorliwszego pełnienia swoich obowiązków, potrzebie téj sprostać nie będzie w możności.

Daléj ponieważ przytoczone rozporządzenie ministeryjalne domaga się: „ażeby tak Rady szkolne jak i okręgowe dokładały usilnych starań, iżby wszelkim wymogom higijeny szkolnéj działo się zadość tak pod względem budowy szkół, ich urządzenia, porządku, jako téż utrzymywania dobrego stanu zdrowia młodzieży“, i żąda „ażeby fachowi stróże zdrowia o wszelkich rozporządzeniach i zboczeniach w téj mierze postrzeganych zawiadamiali natychmiast wyższe władze“ potrzebaby przeto, naszém zdaniem, ażeby i Rada szkolna krajowa, jako centralna władza szkolna, miała także w swém gronie znawcę lekarskiego, któryby, skupiając w ręku swym liczne sprawozdania takich inspektorów zdrowia okręgowych i lekarzy szkolnych, mógł ze znajomością rzeczy decydować o sprawach zdrowotnych, t. j. podobnie jak w Radach szkolnych okręgowych miał głos rozstrzygający.

Pomimo ustawy ministeryjalnéj z d. 9 czerwca 1873 r. polecającéj, ażeby przy każdéj Radzie szkolnéj okręgowéj utworzoną była stała komisyja higijeny szkolnéj, mająca w swém gronie znawcę lekarskiego, jako członka zwyczajnego, z głosem rozstrzygającym w sprawach zdrowotnych, który ma obowiązek zwiedzać szkoły swego okręgu, (*sic*), w rozporządzeniu jednak późniejszém t. j. z dn. 19go lipca 1875, czytamy we wstępie te słowa ministra oświaty: „Po zasięgnięciu zdania c. k. Rady szkolnéj krajowéj w Galicyi (*sic*) postanawiam względem zachowania przepisów sanitarnych w publicznych szkołach ludowych w § 15: „że do posiedzeń, na których Rada szkolna okręgowa zatwierdza plany nowych budynków szkolnych i przebudowań, lub stanowi o sprawach tyczących się higijeny szkolnéj, przyzywanym ma być lekarz powiatowy do udzielenia fachowéj opinii. Lekarz powiatowy będzie nadto w czasie urzędowych objazdów swoich zwiedzać szkoły publiczne i udzielać spostrzeżeń swoich pod względem sanitarnym Radzie szkolnéj okręgowéj.“.

Jeżeli więc dopiero po porozumieniu się z galicyjską Radą szkolną nastąpiło takie rozwinięcie i wytłumaczenie § 31 ustawy z d. 9 czerwca 1873, to sobie ze

względów sanitarnych nie mamy wcale czego winszować, bo żądać od władz szkolnych okręgowych, aby „ściśle przestrzegały dokładnego wykonywania wydanych sanitarnych rozporządzeń, t. j. aby wszelkim wymogom higijeny szkolnéj działo się zadość, inaczéj aby utrzymywano dobry stan zdrowia młodzieży szkolnéj, i żadnych zboczeń w téj mierze nie cierpiano“ a całą pieczę o to wszystko zdać na lekarzy powiatowych, jest to nic w téj sprawie na seryjo nie postanowić.

Kto bowiem zna nawał obowiązkow lekarzy powiatowych, jakie na nich obowięzująca ustawa z dn. 30 kwietnia r. 1870 nakłada, jako na „organa zdrowia odnośnych powiatów“, ten przyznać musi, że nawet przy największéj gorliwości i pracy sumiennymi i pożytecznymi stróżami zdrowia wszystkich szkół swojego okręgu nigdy być nie mogą wprost dla braku na to odpowiedniego czasu, i mnogości obowiązków, jakich § 8 lit. *a*, *b*, *c* i *d* ustawy z r. 1870 od nich wymaga. Pełnić bowiem nadzór nad działalnością sanitarno-policyjną gmin całego powiatu, nad osobami pełniącemi służbę zdrowia, nad zakładami leczniczemi i dobroczynnemi, nad łaźniami, zdrojowiskami, aptekami, handlami trucizn i rzemiosłami szkodliwemi zdrowiu, rozwijać gorliwą czynność lekarską w czasach epidemij i epizocyj i zastępować często weterynarza; bywać przy rekrutacyjach, zajmować się szczepieniem dzieci, pełnić urząd lekarza sądowego, itp. obowiązki lekarskie na przestrzeni całego powiatu, tj. objeżdżać go ciągle i o wszystkich tych sprawach pisać samemu raporta i dawać orzeczenia, a nadto zajmować się praktyką lekarską, t. j. leczyć, chociażby tylko w granicach swojego zakresu, jest to wyczerpać wszystkie godziny dnia a często i nocy nawet na swe obowiązkowe zajęcia.

Gdzież tu więc wobec tego mówić jeszcze można na seryjo o nakładaniu na i tak już do zbytku obarczonych pracą ludzi obowiązek czuwania nad higijenicznym stanem szkół powiatu i zdrowiem do nich uczęszczającéj młodzieży?

Takie załatwienie sprawy „głównego zadania szkoły, jak powiada rozporządzenie ministeryjalne, a mianowicie że ponieważ tylko w zdrowém ciele zdrowa mieszka dusza przeto władze szkolne dokładać powinny wszelkich starań aby wymogom higijeny szkolnéj działo się zadość“, nie jest i nie może być w żaden sposób uważane nietylko za rozwiązane, ale przeciwnie za unicestwienie jego. Nakładać bowiem na kogoś nowe i liczne obowiązki i kazać mu je sumiennie wypełniać wtedy, kiedy tenże nie ma już fizycznéj możności, t. j. czasu, na wypełnienie dotychczasowych, jest to żądać niesumienności, inaczej zbywania po łebkach rzeczy ważnych i wymagających dokładnego załatwienia. Z takiego to biurokratycznego załatwiania „kawałków“ jak się u nas dość często wyrażają, powstaje to i rodzić się musi koniecznie tyle szkodliwe dla sprawy publicznéj partactwo urzędników. Najpiękniejsze i najgruntowniejsze bowiem prawa i rozporządzenia władz na nic się nikomu nie przydadzą, jeżeli się im nie zapewni możebnego wykonywania, tj. nieumożliwi ich w praktyce życia.

Z lekarzami miejskimi po większych miastach, jak np. we Lwowie, dzieje się toż samo co z lekarzami powiatowymi. Obarczywszy ich liczną praktyką w domu i po za domem dla biednych po rozległych dzielnicach miasta, nakłada się jeszcze na nich co raz to nowe obowiązki sanitarne gminy i wymaga aby wszystko szło z należytą dokładnością i w swoim czasie. Trzeba chyba nie mieć najmniejszego wyobrażenia co to jest czynić zadość, tj. pełnić sumiennie obowiązki lekarza biednych, po naszych szczególnie miastach, aby żądać czegoś podobnego. Jeżeli więc sprawa higienicznéj reformy szkól rzeczywiście leży nam na sercu, tj. na seryjo rzecz tę załatwić pragniemy, to nie dość jest o niéj piękne pisać prawa i piękniejsze jeszcze wydawać w téj mierze rozporządzenia, ale potrzeba koniecznie zapewnić możność wykonywania ich, nauczania i ciągłego sumiennego nad niemi nadzoru, inaczéj pieczę higijeniczną nad szkołami należy oddać w ręce znawców lekarskich, którzy mogli by ją z należytym wykonywać pożytkiem, tj. potrzeba jedném słowem lekarzy szkolnych.

Co się tyczy lekarzy szkolnych w tym sensie, jak my ich pojmujemy, musimy znaczenie tychże bliżéj tu określić, albowiem dotąd sprawa ta źle, szczególnie u nas, jest pojmowaną.

U nas pod imieniem lekarza zakładu a więc jak tu szkolnego rozumieją najczęściéj takiego, którego obowiązkiem jest udzielać bezpłatnie rad lekarskich pojedyńczym członkom (i ich rodzinom) pewnych instytucyj lub towarzystw, przez które są wynagradzani, jak np. lekarz kolejowy, stowarzyszenia rzemieślników, urzędników, lekarz teatralny itp.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VI. Zjazd III. lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

Wydział gospodarczy uchwalił następujący program Zjazdu.

Środa 20 lipca 1881: Wieczorem zgromadzenie się towarzyskie w ogrodzie strzeleckim celem wzajemnego zapoznania się.

Czwartek 21 lipca: O godzinie 10éj otwarcie Zjazdu i pierwsze posiedzenie publiczne w Sali Ratuszowéj.

O godzinie 3éj otwarcie wystawy przyrodniczo-lekarskiéj. O godzinie 4éj posiedzenia sekcyjne. Wieczorem teatr.

Piątek 22 lipca: O 9éj rano posiedzenia sekcyjne. Popołudniu wyjazd do salin w Wieliczce.

Sobota 23 lipca: Rano, zwiedzanie szpitali i zbiorów naukowych. O godzinie 11éj drugie publiczne posiedzenie w sali Ratuszowéj. O godzinie 4 posiedzenia sekcyjne. Wieczorem wspólna kolacyja.

Niedziela 24 lipca: Przedpołudniem zwiedzanie osobliwości miasta. Popołudniu wycieczka wspólna w okolice Krakowa.

Poniedziałek 25 lipca 1881: Rano o 9éj posiedzenia sekcyjne. Popołudniu o 5éj trzecie posiedzenie publiczne i zamknięcie Zjazdu.

Komisyja kwaterunkowa z członków Wydziału gospodarczego wydzielona robi skrzętne starania, aby kolegom przybywającym na Zjazd wyszukać mieszkania, o które w Krakowie w lecie nie łatwo, bądź bezpłatnie bądź za jak najmniejszą opłatą. Komisyja ta prosi o wczesne zgłaszanie się członków i uczestników pragnących korzystać z jéj pośrednictwa, przyczém wymienić należy ilość osób, które wspólnie umieszczone być mogą.

Również pożądaném jest aby członkowie, którzy zamierzają wziąść udział w wspólnéj kolacyi trzeciego dnia Zjazdu, zawiadomili o tym zamiarze Wydział gospodarczy lub osoby, od których karty legitymacyjne odbierają. Wysokość wkładki za kolacyję później będzie oznaczona.

Dyrekcyja kolei północnéj Cesarza Ferdynanda zniżyła cenę jazdy na swojéj kolei o 33% zwykłéj taryfy, dla członków Zjazdu, którzy odpowiedniemi kartami się wykażą. Karty te kolejowe wysyłać będzie Podskarbi Zjazdu Dr. Wierzbicki wraz z kartą legitymacyjną tym członkom, którym koleją północną do Krakowa przyjeżdżać wypadnie. Inne dyrekcyje kolei nie odpowiedziały dotąd na wniesione podania o zniżenie ceny jazdy.

Jak już donieśliśmy w czasie Zjazdu wychodzić będzie Dziennik III Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, w którym podawane będą protokóły posiedzeń ogólnych i sekcyjnych, wykłady miane na posiedzeniach ogólnych, treść wykładów w sekcyjach, kronika jak w ogóle wiadomości odnoszące się do Zjazdu i wystawy przyrodniczo-lekarskiéj itd. Inseraty wszelkiego rodzaju przyjmują się po cenie 8 ct. za wiersz drobnym drukiem lub za miejsce tegoż. Dziennik ten otrzymywać będą członkowie Zjazdu bezpłatnie; dla wszelkich innych osób wynosi prenumerata za 6 Nrów Dziennika 1 złr. 50 ct. Inseraty i prenumeratę przyjmuje Administracyja Przeglądu Lekarskiego oraz Ajencyja ogłoszeń pod firmą Rajchman i Frendler w Warszawie.

Kraków 28 czerwca 1881.

Przewodniczący Wydziału gosp. III Zjazdu.
Prezes Tow. lek. krak. Doc. Dr. *H. Jordan.*
Dr. *Jan Rosner.* Prof. Dr. *E. Janczewski.*
Sekretarz.

NB. W spisie prac zgłoszonych na Zjazd a wymienionych w Nrze 26 Przeglądu Lekarskiego zaszła pomyłka drukarska; pod l. 5 powinno być: o hysterostomatomii (Prof. Dr. Czyżewicz).

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

(K. Gr.) Statystyka śmiertelności i chorobliwości Londynu. Wykazy statystyczne śmiertelności i chorobliwości Londynu ogłaszane bywają od lat 40. Z ostatniego świeżo ogłoszonego wykazu z r. 1880 wyjmujemy następne szczegóły. Odsetek śmiertelności był w r. 1880 w Londynie zaledwie 21·5 na 1000, mniejszą śmiertelność znachodzimy zaledwo w 3 latach z 40 poprzedzających. Choroby zakaźne były nieco częstszemi niż w ostatnich latach. Najciekawszém jest porównanie cyfr śmiertelności ostatnich lat ze śmiertelnością lat poprzednich. W pierwszych 3 dziesięcioleciach (1841—1870) średnia śmiertelność była 24·3 z 1000 w ostatnim dziesiątku lat zaś zmniejszyła się do 22·8. Zdrowie ogólne w pierwszych 3 dziesięcioletnich okresach było prawie ciągle jednakie a doznało znacznéj poprawy w 4tym okresie 1871—1880 i można przyjąć że co najmniéj 70 000 ludzi byłoby w tym czasie więcéj umarło w obrębie Londynu, gdyby śmiertelność była taka sama, jak w poprzednich dziesiątkach lat.

Jeżeli rozdzielimy ostatni okres dziesięcioletni na dwa pięciolecia to w drugim pięcioleciu była śmiertelność mniejsza niż w pierwszym z czego wynika, że ulepszenia zdrowotne, w ostatnich latach dokonane, nie pozostały bezpożytecznemi, bo większe zaludnienie byłoby sprawiło znaczniejszą śmiertelność gdyby nie różne lepsze urządzenia sanitarne. Upatrywanie związku między zmniejszoną śmiertelnością ostatniego dziesięciolecia a lepszemi urządzeniami tém jest jeszcze usprawiedliwionem, że dotyczy prawie w zupełności mniejszéj śmiertelności z chorób zakaźnych. Średnia śmiertelność z tych ostatnich chorób zmniejszyła się prawie o 25%. Znaczną część tego zmniejszenia przypisywać trzeba téj okoliczności, że w ostatniém dziesięcioleciu prawie nie panowała cholera azyjatycka, ale niewątpliwie na zmniejszenie śmiertelności z chorób zakaźnych w ogóle wpłynęła też mniejsza śmiertelność z duru. Co do śmiertelności z duru to w pierwszych 3 dziesięcioleciach (1841—1870) okresu, o którym mowa, małe tylko zachodziły różnice, śmiertelność ta wynosiła 0·92 z 1000. W ostatniém dziesięcioleciu (1871—1880) śmiertelność z téj choroby dosięgła zaledwie 0.37 z 1000. Gdyby odsetek śmiertelności z duru był pozostał w ostatniém dziesięcioleciu taki, jaki był w 3 pierwszych dziesięciolociach, to byłoby zmarło z duru więcéj o 19.000 osób, przyjąć więc można, iż więcéj niż 100.000 zostało uchronionych przed zapadnięciem na dur.

Płonica także znacznie zmniejszyła się w ostatniém dziesięcioleciu, a mniej znaczne zmniejszenie dostrzedz téż można w liczbie zmarłych na odrę, koklusz i czerwonkę. Najmniéj korzystny wpływ napotykamy co do śmiertelności dzieci. W ciągu ostatniego roku przypadało z pośród 1000, 158 przypadków śmierci na dzieci poniżéj 1 roku życia. Taka sama śmiertelność była i w innych latach ostatniego dziesiątka. W poprzednich 3 dziesiątkach lat (1841—1870) liczba była 159 z 100. Uwzględniając mniejszą śmiertelność w ogóle, a w szczególności z chorób zakaźnych, należało się spodziewać znaczniejszego obniżenia się śmiertelności wśród dzieci.

□ Otrzymaliśmy szczegółowy program międzynarodowego Zjazdu lekarskiego mającego się odbyć w Londynie od 2—9 sierpnia jak również następujący list w tym przedmiocie:

Komitet miedzynarodowego kongresu lekarskiego w Londynie nietylko będzie się starać o wszelkie potrzeby uczestników w ciągu pobytu ich w Londynie ale podjął się téż przygotowania mieszkań dla przybywających. W tym celu musi komitet ułożyć wkrótce tymczasową listę lekarzy zamierzających przybyć na Kongres. Upraszam więc kolegów z Monarchii Austro-węgierskiéj, zamierzających wziąść udział w kongresie londyńskim o jak najrychlejsze zawiadomienie mię o swym zamiarze.

Dr. Jan Mikulicz.
sekretarz korespondujący dla Wiednia
(IX allgem. Krankenhaus).

Kolegom życzącym sobie poznać bliższe szczegóły programu chętnie udzieli takowych Administracyja naszego pisma.

Reskrypt c. k. Ministerstwa spraw wewnętrznych l. 8422. Według doniesienia c. k. rządu krajowego w Opawie z d. 27/5 1881 l. 5027 znaleziono przy rewizyi sklepów w Bielsku kapelusiki kauczukowe pochodzące od Harsburga i Reithofera, Přikala i J. M. Besenbecka z Wiednia barwy szaréj i czarnéj. Badanie chemiczne szarych kapelusików z fabryki Reithofera okazało iż zawierały 46,89% cynku, Harburga-Reithofera 33,67%, Přikala 39,83%, a kapelusiki czaone od J. M. Besenbecka były wolne od cynku.

Reskrypt c. k Ministerstwa spraw wewn. l. 7612. Wedle doniesienia c. k. Namiestnictwa styryjskiego z d. 8/5 1881 l. 5993 pojawiają się w handlach szkła białe kapelusiki do ssania służące z kauczuku wulkanizowanego pochodzące z fabryki Metsellera w Mnichowie i z fabryki Karlebacha w Stuttgardzie, które wiele cynku zawierają. Co podając do wiadomości zwraca się uwagę na rozporządzenie z d. 26/1 1881 l. 351 celem dalszego zarządzenia.

Statystyka epidemij W tygodniu 23 ospa nieco złagodniała w Londynie. Świeżo zapadło 387, umarło 82. Leczyło się w szpitalach 1730. W Budapeszcie umarło 3, w Paryżu 21, w Petersburgu 5, Wiedniu 18, w Pradze 4, w Saragosie 7, w Aleksandryi 3. W Filadelfii jeszcze jest gwałtowna ospa. W Nowym Yorku umarło w końcu kwietnia 17, w Madrasie od 16—22 kwietnia 107. Z duru brzusznego umiera wiele w Budapeszcie i Petersburgu. Z duru osutkowego umarło w Budapeszcie 10, w Petersburgu 60, w Wiedniu 3. Z febry żółtéj umarło w Rio de Janeiro od 1—15 marca 25. W tygodniu 24 (do 11 czerwca) umarło w Krakowie: 3 z ospy, 4 z odry, 2 z płonicy, 1 z duru brzusznego 4 z duru osutkowego a doniesiono w tymże czasie: o 3 przypadkach ospy, 52 odry, 8 płonicy, 3 błonicy, 7 duru brzusznego, 15 duru osutkowego.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 23 (do 4 czerwca) umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 49,5; w Poznaniu 29,7; w Wiedniu 31,6; w Budapeszcie 41,3; w Pradze 40,1; w Tryjeście 36,9; w Berlinie 26,8; w Wrocławiu 28,8; w Gdańsku 23,5; w Mnichowie 37,8; w Dreźnie 24,3; w Lipsku 21,6; w Genewie 9,9; w Brukseli 19,8; w Amsterdamie 29,7; w Hadze 25,6; w Paryżu 30,5; w Londynie 20,6; w Kopenhadze 24,3; w Stokholmie 26,3; w Chrystyjanii 25,6; w Petersburgu 61,4; w Odesie 24,5; w Rzymie 24,1; w Wenecyi 22,6; w Bukareszcie 21,1; w Madrycie 29,0; w Lizbonie 24,8; w Aleksandryi 34,3; w Nowym Yorku 35,2; w Filadelfii 24,3; w Bombaju 34,7; w Madrasie 49,8.

J. B.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków d. 30 czerwca, W ważnéj sprawie kanalizacyi m. Krakowa poczynił fizyk miejski Dr. Buszek na jedném z ostatnich posiedzeń Magistratu następujące wnioski:

1) Aby oznaczyć ilość wody wiślanéj przy najniższym jéj stanie celem przekonania się, do jakiego stopnia jest dopuszczalném odprowadzenie nieczystości z całego miasta przy dotychczasowym braku regulacyi brzegów Wisły, bez szkody dla rybołowstwa i zdrowia mieszkańców nadwiślańskich i flisaków używających wody wiślanéj do celów kuchennych, gospodarczych i pojenia bydła.

2) Aby w obec tego, że mamy wykończoną niwelacyję całego miasta przystąpiono do opracowania dokładnego planu całéj sieci kanałowéj, żeby zwolna usuwać dotychczasowe kanały miejskie służące do rozprowadzania zamiast do odprowadzania nieczystości z miasta, a nie wydawano funduszu kanałowego co rok na kosztowne naprawy obecnych kanałów lub dobudowanie nowych części kanałów, które systematycznie znosić wypadnie.

3) Aby dla kanałów nowych urządzano spłukiwanie i oczyszczanie za pomocą wody wiślanéj i z Rudawy w ten sposób, żeby przy każdym stanie wody w Wiśle i w Rudawie można ją wpuszczać do kanałów, tam ją w szachtach zbudowanych w ciągu kanałów zastanawiać i nagle ztamtąd wypuszczać, aby wszelkie nieczystości mogła własnym prądem porywać i kanały oczyszczać.

4) Aby kanał na Zamku zbudować ze spadkiem ku ulicy Kanonnéj a kanał miejski, wpadający pod Zamkiem do Wisły, skierować również ku ulicy Kanonnéj tak, aby obydwa te kanały spływały się przed Zamkiem w jeden wspólny kanał.

5) Aby kanał ten wspólny poprowadzić ulicą Grodzką ku realności Frühbecka do kanału miejskiego odprowadzającego nieczystości kloaczne ze wschodniéj części miasta.

6) Aby obliczyć, czy kanał miejski w stronie wschodniéj miasta koło Frühbecka ma takie rozmiary, aby mógł pomieścić własną swoją treść i treść w kanale, ze strony zachodniéj miasta krążącą.

Wnioski te przydzielono budownictwu miejskiemu do załatwienia.

* Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego na ostatniém posiedzeniu wybrał prof. chemii lekarskiéj Dra Stopczańskiego dziekanem na rok szkolny 1881/82.

* Według nadesłanych nam wykazów w Cieplicach Czeskich do d. 21 czerwca było gości 3.399, a w Luhaczowicach do d. 18 bm. 285.

* **Wiedeń** 27 czerwca. (*Koresp. oryg.*) Komisyja wyznaczona do proponowania kandydata na opróżnioną katedrę anatomii patologicznéj nie wystąpiła dotychczas z wnioskiem stanowczym, uwzględniła atoli dotąd jako kandydatów proff. Neumanna w Królewcu, Arnolda w Heidelbergu, Schotta w Insbruku, Kundrata w Gracu i Eppingera w Pradze. Najwięcéj widoków ma Kundrat, najmniéj Klebs, za którym agitują dzienniki polityczne. Czy wybór Kundrata będzie szczęśliwym, przyszłość okaże.—Prof. Billroth mocno się zestarzał, jednak jest niezmordowany w operowaniu: w ostatnich dwóch tygodniach wykonał 10 laparotomij ze skutkiem zmiennym; jedna chora umarła w godzinę po operacyi z niedokrewności, druga 11go dnia z zapalenia otrzewny; w przypadku operowanym przez prof. Salzera pomimo świetnego przebiegu 14go dnia po operacyi wystąpił tężec, który zakończył się śmiercią. — Przypadek śmierci śród znieczulenia chloroformowego zdarzył się w praktyce prywatnéj prof. Mosetiga, tyczył się młodzieńca 14-letniego, ucznia akademii terezyjańskiéj, cierpiącego na caries kości śródstopowych; sekcyja sądowa, wykonana przez prof. Hofmanna, wykazała stłuszczenie serca i *Endarteriitis deformans* u indywiduum tuberkulicznego: śledztwo sądowe zostało zaniechane. — Tygodniki lekarskie tutejsze dziś dopiero wspominają o śmierci Littrégo; zdaje się, że zapomniały były o zasługach jego dla historyi medycyny, które w tygodniku naszym podniesiono na pierwszą wiadomość o jego śmierci.—Dziekanem na rok przyszły obrany został prof. Vogl, a dziekan dotychczasowy, prof. Hofmann otrzymał właśnie dyplom na członka honorowego Akademii medyko-chirurgicznéj w Petersburgu, podpisany jeszcze przez b. ministra wojny Milutyna.

* **Praga czeska.** W miejsce ustępującego z końcem bieżącego półrocza prof. Jakscha, Wydział lekarski proponował na 1szém miejscu prof. Nothnagla w Jenie, na 2giém prof. Pribrama, a na 3ciém docenta Kehlera w Pradze; Czesi przeciwnie kandydują prof. Eiselta.

* **Berlin.** D 13 października rb. zamierzono obchodzić uroczystość z powodu 25-letniéj rocznicy przeniesienia się prof. Virchowa z Würcburga do Berlina.

* Znakomity chirurg rosyjski Pirogow, który obchodził w Moskwie przed kilku dniami jubileusz 50-letniéj działalności lekarskiéj, udał się po uroczystościach do Wiednia w celu zasięgnięcia rady u prof. Billrotha na raka połyku; operacyja została uznana za niezbędną.

+ **Karlsbad** 18 czerwca. Do dnia dzisiejszego było osób 12.093, o 826 mniéj niż w roku przeszłym. Ciepłota od 18° do 23°, deszcze częste lecz krótkie i ciepłe.

* **Nekrologija.** D. 18 bm. umarł w Dynowie (powiat brzozowski) Dr. med. Zajchowski.—D. 29 maja umarł w Petersburgu Dr. Dmitrowski, redaktor dziennika *Medicinski Wiestnik*.—Dr. Fijok Roman umarł d. 14 bm. z duru w Warszawie. — W Tuluzie umarł Dr. Marchant, kierujący domem obłąkanych, w skutek rany zadanéj mu z rewolweru przez jednego pacyjenta.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 26: Dra Kahla: Wodna puchlina brzucha, charłactwo ogólne, guzy przymiotowe wątroby; Dobrzyckiego: Sprawozdanie z leczricy urządzonéj przy szpitalu w Mieni. — *Gazety Lekarskiéj* Nru 26 do téj chwili nie otrzymaliśmy.

Redakcyja otrzymała:

Dr. Mieczysław Dunin WĄSOWICZ: Rozbiór chemiczny wody siarczanéj ze źródła we wsi Pustomytach.

Tegoż: Farmakognozyja jako umiejętność i jéj znaczenie dla studyjum farmaceutycznego.

Dr. RYDYGIER: Ueber Magen-Resection mit Demonstration von Präparaten.

Extrait du bulletin mensuel de statistique démographique d'Espagne.

Dr. Teodor DUNIN: Poszukiwania patologiczne nad zapaleniem nerek.

Towarzystwo lek. krak. odbędzie we środę dnia 6go lipca b. r. posiedzenie zwyczajne w Sali Akademii, na którém Dr. Lutostański będzie miał odczyt zapowiedziany na przeszłe posiedzenie.

Sprostowanie. Na str. 355, w szpalcie 1széj w. 19 od dołu zam. „nie jest,“ ma być „jest;“ na str. 371 w szpalcie 1széj w. 7 od dołu zam. „pełną“ ma być „pilną“ a w szpalcie 2giéj w. 11 od dołu zam. „potem“ ma być „palcem;“ na str. 372, w. 23 od dołu zam. „początkowego“ ma być „porządkowego;“ na str. 373, w szp. 1széj od góry zam. „niszczące“ ma być „nużące.“

W zastępstwie redaktora: **Dr. A. Kwaśnicki.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Ulica Podwale Nr. 84.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Boulv. Voltaire 180, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
Kwartalnie	2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	4 „	6 „

Kraków, 9 lipca 1881. **№ 28.** Rok XX.

I. Ze szpitala św. Ludwika w Krakowie.

Przypadek torbiela gruźliczego nerki

Podał Dr. Kułakowski

p. o. asystenta kliniki pedyjatrycznéj.

O ile częstą jest gruźlica nerki w wieku dziecięcym w postaci prosówkowéj lub pojedyńczych ognisk serowatych gruźliczych, w miąższu nerki rozrzuconych, o tyle rzadkiemi są przypadki gruźlicy nerkowéj w postaci torbieli gruźliczych (*Cystes tuberculeux*), jak je Rilliez i Barthez nazwali (*Malad. des enfants* 2 wyd. T. III str. 852); postać ta bowiem według Rosensteina (*Patolog. u. Therap. der Nierenkrankheiten* 1870) i innych najczęstszą jest u ludzi w wieku od 20tu do 50 lat.

Na 147 przypadków ogólnéj gruźlicy, spostrzeganych w ciągu lat 5ciu w szpitalu św. Ludwika, zaledwie ten jeden przedstawiał się w postaci wyżéj wzmiankowanéj; również Rilliez i Barthez (*op. cit.*), którzy największym materyjałem sekcyjnym z wieku dziecięcego rozporządzali, zaledwie tylko o czterech tego rodzaju przypadkach wspominają. Nie dziw też, że literatura pedyjatryczna, zkądinąd dosyć bogata, pod tym względem, zadowalniać się musiała opisami przypadków téjże postaci gruźlicy nerkowéj spostrzeganych na starszych chorych.

Ta rzadkość wyżéj wspomnianéj postaci gruźlicy w wieku dziecięcym łatwą jest do wytłumaczenia, zważywszy, że organizm dziecięcy, mniéj odporny na wszelkie choroby, pierwéj im ulega, nim one dojdą do zupełnego swego rozwoju, zwłaszcza w gruźlicy z przebiegiem przewłocznym.

Podając opis naszego przypadku, powodowałem się więcéj względami dyjagnostycznemi aniżeli anatomicznemi, a mianowicie, że wątpliwości zachodzące przy rozpoznawaniu były wyłącznie wielkie, gdyż mieliśmy do czynienia po części z brakiem po części zaś z zamaskowaniem wskazówek rozpoznawczych.

W miesiącu październiku r. z. przyjęto do szpitala św. Ludwika dziewięcioletniego włóczęgę Jędrzeja K., przeniesionego z oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza, dokąd przez lekarza policyjnego, jako cierpiący na kamień pęcherza. przesłany został

W obec wieku chorego i jego inteligencyi, trudno coś mówić o wywiadach, tak że ani o początku ani o przebiegu choroby nic dowiedzieć się nie można było.

Stan obecny: Chłopiec źle odżywiony, leży w łóżku li tylko na boku prawym, nogi do tułowia przyciągnięte. Kościec prawidłowo zbudowany acz drobny, cera charłacza. Skóra cienka. sucha. Ciepł. w pasze 38.2°C. Gruczoły chłonne karku i pachwin przerosłe, szczególnie po stronie lewéj.

Barki wzniesione, ruchy klatki piersiowéj nierówne, lewa połowa bowiem mniéj się porusza, krótszy ton wypukowy na całéj lewéj połowie klatki z tyłu, nieporuszalność szczytu i podstawy tegoż płuca. Szmer wdechowy wprawdzie słabszy po téj stronie, lecz pęcherzykowy.

Rozmiary i tony serca prawidłowe, tętno miękkie, niskie 110 na m. Brzuch nieco wzdęty, szczególnie w odcinku dolnym lewym, gdzie dosyć dokładnie widzieć można liniję biegnącą skośnie od góry wewnątrz ku dołowi i zewnątrz, prawie równolegle do łuku żebrowego. Przy obmacywaniu wyczuć można dokładnie brzeg śledziony odpowiadający powyższéj linii, śledziona zbita, gładka, niebolesna, przy głębokim jednak ucisku chory skarży się na ból w okolicy tego podżebrza. Stłumienie śledziony poczyna się od górnego brzegu 7go żebra.

Nad spojeniem łonowém czujemy większą odporność bez stłumienia wypukowego, chory też na tém miejscu uczuwa ból, przechodzący ztąd w górę na lewo. Okolica lędźwiowa lewa nieco wysadzona, ton wypukowy téjże okolicy wykazuje powiększenie stłumienia, nerce lewéj odpowiadającego. Badanie *per anum* wykazało powiększenie i zbitą konsystencyję obu pęcherzyków nasiennych, gruczoł krokowy prawidłowy. Napletek obrzmiały, pokryty wrzodkami, na żołędzi kilka dosyć głębokich nadżerek. Lewa połowa moszen nieco obrzmiała, na jéj dolnéj powierzchni płytki wrzodzik. Jądro lewe normalnéj wielkości, poruszalne w swych osłonach; przyjądrze powiększone, twarde i bolesne.

Mocz oddaje chory często mimowolnie, przy moczeniu ból szczypiący w zewnętrznym wylocie cewki moczowej. Percepcyja pęcherza 150cm. sz. Badanie pęcherza zgłębnikiem, kilkakrotnie wykonane, nie wykazało obecności kamienia, przy ruchach założonego zgłębnika chory doświadcza silnych bólów. Mocz, według rozbioru Prof. Dra Stopczańskiego, oddziaływa mocno alkalicznie, c. g. 1,012, z nadmierną ilością osadu; chlorki prawidłowe, kwas moczowy, moczany i fosforany w ilości zmniejszonéj. Znaczna ilość białka, większa jednak niżby odpowiadała obecnéj ropie, węglan amonowy w nadmiarze, w osadzie obfita ropa, śluz w nitkach, nabłonek pęcherza przejściowy, ani śladu ciałek krwi lub wałeczków. Narząd ruchowy prawidłowy, tylko przy wyprostowaniu szybkiém nogi lewéj chory skarży się na darcie w lędźwiach. Senzoryjum wolne. Na podstawie tych objawów rozpoznaliśmy: *Pleuritis obsoleta sinistra, tumor lienis chrocus, cystitis chronica* nie wykluczając jeszcze cierpienia nerek a szczególnie lewéj.

Gdy w dalszym przebiegu choroby wystąpiło stłumienie w szczycie prawego płuca, z następowym rozpadem tegoż nacieku, a gorączka przybrała cechę hektyczną, idąc za wskazówką Rosensteina, który w powyżéj wymienionem dziele powiada: *Wenn bei einem Individuum gleichviel ob mit oder ohne hereditäre Disposition, neben oder ohne gleichzeitiger Lungenphthise von Seiten der Organe des Genitalaparates* (w naszym przypadku przyjądrze) *ein entzündlicher Process sich entwickelt, zu welchem in weiterem Verlaufe auch von Seiten der zum Harnaparate gehörigen Organe die Zeichen eines ulcerativen Vorganges* (w naszym przypadku pęcherz) *sich hinzugesellen, dann darf mit einer Gewissheit grenzenden Wahrscheinlichkeit auf sogenannte „Nierentuberculose“ eigentlich „Nierenphthise“ geschlossen werden,* z zupełną pewnością rozpoznaliśmy rozpad serowaty nerki lewéj lub gruźlicę nerkową nie wchodząc zupełnie w ścisłe anatomiczne rozróżnienie sprawy chorobowéj.

Dnia 5go listopada wystąpiły też pierwsze przypady zapalenia gruźliczego opon mózgowych, które też zakończyło się śmiercią dn. 10 listopada.

Sekcyja wykonana przez kol. Piseka wykazała: *Tuberculosis tractus urogenitalis (Tuberculosis urethrae, cystitis ulcerosa tuberculosa, degeneratio epididymitis sin. caseosa) sub seq. meningitide basali tuberculosa, infiltratio apicis pulmonis utr. precipue dextri, pleuritis fibrosa sinistra, tumor lienis ingens malaricus.*

Ponieważ nam chodzi o dokładniejszy opis chorobowo-zmienionego narządu moczopłciowego ze względu na objawy za życia, podam przeto szczegółowy obraz zmian anatomicznych w zakresie tylko narządu moczopłciowego.

Nerka lewa licznemi zrostami silnie przyczepiona do swéj podstawy, po nad nią przebiega ramię zstępujące kiszki grubéj. Nerka sama rozmiarów dużéj pięści, na przekroju widać rysunek jéj z kilku jam wielkości orzecha włoskiego, częścią komunikujących z sobą a częścią z miedniczkami. Jamy zajmujące miejsce miąższu nerkowego, z którego tylko miejscami szczątki pozostały, okazują brzegi nierówne na liniją grube, wysłane grubym pokładem masy żółtawéj serowatéj. Miedniczki wysłane również masą serowatą. Nerka prawa prawidłowa. Moczowód lewy znacznie rozszerzony, ściany na przekroju grube, twarde, pokryte prawie na całéj długości grudkami istoty serowatéj. Dolna część pęcherza przedstawia prawie jeden duży wrzód, wśród którego tylko gdzieniegdzie utrzymane drobne brodawki różowe błony śluzowéj. Dno wrzodu nierówne, strzępiaste, ropną cieczą pokryte, brzegi podminowane, błona śluzowa w górnym przednim odcinku prawidłowa.

Cewka moczowa, prócz licznych drobnych uchyłków w połowie tylnéj, okazuje w przedniéj części, obok powierzchownych ubytków nieregularnych, dość liczne gruzełki. Gruczoł krokowy wolny. Oba pęcherzyki nasienne zmienione na dwa podłużne serowate kłęby. Przyjądrze lewe serowato rozpadające się. Oba jądra prawidłowe.

Analizując zbiór przypadów, zebranych na chorym, mniemaliśmy zrazu, że mamy do czynienia z cierpieniem w pęcherzu zlokalizowaném, opierając się szczególnie na rozbiorze moczu, z wykluczeniem kamienia pęcherzowego po poprzedniém kilkakrotném zbadaniu, gdyż ogół przypadów na pierwsze wejrzenie za têm przemawiał. Co się bowiem tyczy fizykalnych objawów te wcale na pewne o zajęciu nerki myśleć nie pozwalały. Trudność, a raczéj niemożebność, wymacania obrzęku w okolicy lewego podżebrza, wypełnionego mocno powiększoną śledzioną, w obec powiększonege stłumienia lewéj nerki w okolicy lędźwiowéj, była przyczyną niepewności w prędszém rozpoznaniu choroby całego systemu moczopłciowego.

Obecność ropy i komórek tłuszczowo rozpadających się w moczu nie mogła nam dać dostatecznéj wskazówki, zwłaszcza, że oddziaływanie alkaliczne moczu, wielka ilość śluzu w tymże, silne oddziaływanie chorego na badanie cewnikiem, ból przy ucisku w okolicy ponadłonowéj, li tylko za lokalizacyją choroby w pęcherzu przemawiały. Ani włókien sprężystych ani szczątków tkanki łącznéj w moczu nie znaleziono, a gdyby i te były obok grudek serowatych, o jakich Lebert wspomina, to w obec wielkiego wrzodu gruźliczego w pęcherzu musiałyby stracić swą wartość dyjagnostyczną. Zresztą znane są w literaturze przypadki (Purjesz *Berl. klin Wochenschrift*), w których mocz okazywał skład chemiczny prawidłowy. Małych a częstych haematuryj, które Rosenstein za charakterystyczny objaw gruźlicy nerkowéj uważa, jak kilkakrotne badanie wykazało, wcale nie było. Dyzuryi też, o jakiéj prawie wszyscy autorowie wspominają, nie było, owszem mieliśmy do czynienia z nieustannym moczociekiem podobnie jak w przypadku Mohra *(Beiträge z. path. Anatomie)* obserwowanym.

Rilliez i Barthez, wbrew twierdzeniu reszty autorów, zaliczają ogólny obrzęk tkanki podskórnéj *(Anasarca)* jako jeden z objawów, lecz tego i my téż w naszym przypadku nie widzieliśmy. Uwzględniając mimo tego powyższe przypady, obok powiększenia stłumienia nerki lewéj, bólu przy głębokim ucisku okolicy podżebrza lewego i bólu w lędźwiach przy wyprostowywaniu nogi lewéj, daléj obok bólu idącego w kierunku ku nerce wzdłuż lewego moczowodu, prawie na pewne zrobiliśmy rozpoznanie gruźlicy nerkowéj, jak wyżéj powiedzieliśmy dopiero wśród przypadów rozwijającéj się gruźlicy płuc i błon mózgowych, co téż późniéj sekcyja stwierdziła.

Ująwszy w jeden obraz cały przebieg zmian serowatego rozpadu pojedyńczych ogniw narządu moczopłciowego, dostrzeżemy stopniowe zmniejszanie się zmian rozpadowych, począwszy od nerki, a skończywszy na przyjądrzu i cewce moczowéj, ztąd możemy przyjąć, że proces ten pierwotnie rozpoczął się w nerce, a ztąd dopiero *per continuitatem* innym częściom składowym tegoż narządu się udzielił.

Zapatrywanie się takie, uważając sprawę tę w nerce za gruźlicę według dawniejszego pojmowania, tj. za pierwotną, zgadzałoby się z zdaniami Smitha, Klebsa (*Handb. d. path.*

Anatom.) i Virchowa (*Geschwülste* T. II. str. 654), którzy przyjmują pierwotną gruźlicę nerki; w obec jednak twierdzeń Hoffmanna (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.* 1867, T. III) i Rosensteina (l. c.), którzy kategorycznie zaprzeczają istnieniu téj postaci gruźlicy nerkowéj, tj. pierwotnéj, daléj w obec braku innych ognisk serowatych, jakto sekcyja wykazała i w obec tak licznie rozsianych gruzełków, tak w bezpośredniém sąsiedztwie nerki jak i w dalszych narządach, jesteśmy zmuszeni przyjąć, według zapatrywań dawniejszych na sprawę gruźliczą, że nerka jest owém ogniskiem serowatém, zkąd gruźlica się rozpoczęła i że zmiany w nerce pierwotne nie były przyrody gruźliczéj, lecz przewłocznie zapalnéj z następowym serowatym rozpadem nerki saméj i produktów zapalnych w niéj złożonych.

Uważając jednak gruźlicę jako chorobę infekcyjną *sui generis* według nowszych poszukiwań Villemina, Virchowa (*Berl. klin. Wochenschrift* 1880, Nr. 14 i 15), Cohnheima (*Die Tuberculose vom Standpunkte der Infectionslehre* 1880. Sprawozd. Przegl. Lek. 1880, Nr. 12) nasuwa nam się pytanie, zkąd się w nerce wzięła gruźlica, jeśli ztamtąd w promieniu się rozszerzała, nie będąc w nerce pierwotną? Odpowiedź na to pytanie nieco trudniejsza, gdyż i tak akta nad tą sprawą jeszcze niezamknięte.

Gdybyśmy przyjęli z Rosensteinem zwykły rozpad serowaty a gruźlicę za sprawy identyczne, pytanie to byłoby rozwiązaném. Według badań jednak powyżéj wymienionych autorów, gruźlica, jako choroba zakaźna, musi być wprowadzoną do ustroju, samorodnie tam nie powstaje z mas serowatych (niegruźliczych) dostaje się doń jako nabyta przez powietrze, pokarmy lub bezpośrednie zaszczepienie, lub występuje jako dziedziczna wprowadzona do ustroju albo przez nasienie ojca lub jajko matki gruźliczéj.

Uwzględniając w naszym przypadku lokalizacyję choroby i wiek pacyjenta trudno przypuścić, abyśmy mieli do czynienia z gruźlicą nabytą lecz odziedziczoną, za czém przemawiały wszelkie cechy więzi suchotniczéj (*habitus phthisicus*), która ma być według Cohnheima wyrazem infekcyi gruźliczéj odziedziczonéj.

Tak jak zołzy, (które téż Cohnheim z gruźlicą identyfikuje) utajone w organizmie, nieraz dopiero po poprzedniém zadrażnieniu ustroju czy to przez uraz, np. szczepienie, czy to przez inną chorobę pobudzone na jaw występują, tak téż i gruźlica dziedziczna albo w urazie (przeważnie gruźlica kości) albo w innych chorobach zapalnych (np. zapaleniu płuc nieżytowém) znajduje bodziec do swego wybuchu. To występowanie gruźlicy przy sprawach zapalnych tłumaczy Cohnheim tém, że gruźlica krążąc z krwią tam się wraz z nią wydobywa, gdzie naczynia rozszerzone łatwiéj przepuszczają twory wewnątrznaczyniowe.

Tak téż najprawdopodobniéj było w naszym przypadku, gdzie gruźlica znalazłszy w zapaleniu nerek tak bodziec jak i substrat odpowiedni do swego rozwoju, tam się najpierw umieściła, a ztąd drogą moczu (Virchow, Cohnheim) lub za pomocą naczyń krwionośnych (Weigert) lub limfatycznych (Ponfick), rozpostarła się po pojedyńczych częściach narządu moczopłciowego i innych narządów.

W obec tego téż nie może być mowy o pierwotnéj lub następowéj gruźlicy nerkowéj (*proto- und deutero- path. Nierentuberculose*), gdyż przy podobnych warunkach na podstawie najnowszych badań we wszystkich narządach ustroju gruźlica z chorobami zapalnemi równocześnie rozwijać się może.

II. Badanie przyrządu wzrokowego w celu rozpoznawania jego chorób.

Wykłady kliniczne.

Podał Prof. Dr. **Lucyjan Rydel.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 27).

Pod warunkiem należytéj wprawy i doświadczenia oceniamy wprawdzie zapomocą macania z dostateczną pewnością i dokładnością zboczenia w napięciu oka, cechujące pewne jego choroby; bądź co bądź przyznać jednak trzeba, że uczucia podmiotowego nie można uważać za dokładną miarę przedmiotową, któraby mianowicie do rozstrzygnięcia w razie różnicy zdań i uchwycenia drobnych odcieni napięcia posłużyć mogła. Z tego powodu pożądanemby było w praktyce niezawodne narzędzie, którém oznaczaćby można napięcie oka przedmiotowo, tj. mierzyć i odczytywać siłę ucisku potrzebną do wywołania w twardówce dołka o pewnéj, znanéj głębokości i postaci. Narzędzia takie zwane tonometrami sporządzili Graefe, Donders, Dor, Weber, Coccius, Monnick i Snellen, ale ich mechanizm skomplikowany i zadrażnienie jakiego oko przy ich użyciu doznaje sprawiają, że w praktyce pierwszeństwo należy się, jak dotąd badaniu za pomocą palców. Badając napięcie gałki ocznéj za pomocą dotyku przekonywamy się zarazem, czy okolica ciałka rzęskowego nie jest bolesną przy ucisku, co jest ważnym przypadem zapalenia ciałka rzęskowego (Kyklitis).

Zastanowiwszy się nad gałką oczną jako całością przechodzimy do badania pojedyńczych jéj części. Badanie to wymaga odsłonięcia przodkowego odcinka gałki ocznéj przez lekkie odciągnięcie powiek w sposób już wyżéj podany. Atoli w przypadkach obrzmienia powiek i silnego kurczu ich zdziergacza nie udaje się to tak łatwo; powieki odciągnięte odwijają się bowiem, a spojówka zasłania tak gałkę oczną, że jéj wcale nie widać. Jeżeli obejrzenie oka uznamy za potrzebne, przezwyciężyć należy oględnie, ale stanowczo wszelkie trudności, na jakie mianowicie u dzieci napotykamy, bo przykrość, którą im wyrządzimy trwa krótko, a zaniechanie badania pociągnąć może za sobą ciężkie, a częstokroć niepowetowane następstwa. W tym celu siadamy tyłem do okna z ręcznikiem rozłożonym na kolanach, a naprzeciw nas piastunka, która dziecko kładzie na podołku wznak i trzyma mu ręce i nogi, podczas gdy my główkę między naszemi kolanami ustalamy. Ułożywszy w ten sposób dziecko rozwieramy szparę powiekową jak następuje. Przegubem między pierwszym a drugim członkiem wskaziciela jednéj ręki, przyciśniętym lekko do łuku brwiowego unosimy go w górę, końcem zaś tegoż palca, przyłożonym do wolnego brzegu powieki górnéj odciągamy ją ku górze przytulając jéj brzeg ciągle do gałki ocznéj, tak aby się od niéj oddalić i odwinąć nie mogła. Czyniąc równocześnie to samo wskazicielem drugiéj ręki z powieką dolną, można, nawet przy najsilniejszym kurczu żdziergacza, szparę powiekową rozważyć i oko należycie odsłonić. Rozumie się, że potrzeba wprawy, aby powiekami zsuwanemi w ten sposób po gałce ocznéj nie wywrzeć na nią ucisku szkodliwego. W ostatecznym razie uciec się należy do rozwieraczy Desmarres'a.

Po rozciągnięciu powiek oglądamy naprzód **twardówkę** zwracając uwagę na jéj k r z y w i z n ę czy jest prawidłowa lub może zmieniona skutkiem ograniczonych garbiaków (osobliwie w przodkowym odcinku i w okolicy równika gałki

ocznéj), albo rozlanego rozdęcia na mniéj więcéj znacznéj przestrzeni. Zmiany te łączą się ze zmianą barwy na łupkowo lub ołowiowo szarą z powodu, że przez ścieńczoną twardówkę przegląda ciemne wnętrze oka. Rozciągając powieki w kąciku zewnętrznym polecamy badanemu, aby równocześnie zwrócił oko jak najmocniéj ku wewnątrz, celem przekonania się jaką jest krzywizna twardówki w równiku gałki ocznéj Przypłaszczenie jéj. połączone z wydłużeniem i jajowatą postacią gałki ocznéj, jest oznaką refrakcyi niedomiarowéj, podczas gdy oczy nadmiarowe okazują mocniejszą wypukłość twardówki ze skróceniem osi optycznéj.

Na największą uwagę lekarza zasługuje **stan naczyń na** tak zwaném **białku oka** W stanie prawidłowym widać na niém zaledwie kilka naczyń spojówkowych i tylko grubsze pnie naczyń rzęskowych, przebiegające w tkance nadtwardówkowéj w kierunku od czterech mięśni prostych ku rogówce i rozgałęziające się dokoła niéj w drobniutką sieć naczyń włosowatych, gołém okiem niewidocznych, tak samo jak i sieć naczyń samějże twardówki.

Każdy z tych układów naczyniowych uwidocznia się w razie silniejszego nastrzykania w sposób sobie właściwy, a cechy, znamionujące różne rodzaje przekrwienia, które skutkiem tego na białku występują, stanowią nietylko dla początkującego pierwszą podstawę nauki w rozpoznawaniu mnóstwa spraw zapalnych w różnych częściach oka, lecz służą nawet doświadczonemu i biegłemu okuliście za najlepszego przewodnika w odszukaniu ich siedziby i ocenieniu ich rodzaju i stopnia.

a) N a s t r z y k a n i e n a c z y ń s p o j ó w k o w y c h cechuje się wystąpieniem sieci c e g l a s t o czerwonéj o okach podłużnych, w miarę stopnia przekrwienia mniéj więcéj gęstéj, którą razem z spojówką łatwo po twardówce przesuwać można palcem przyłożonym do brzegu powiekowego. Sieć ta ogranicza się tylko do pasa spojówki otaczającego rogówkę z szerokości kilku milimetrów. jeżeli tylko układ przo dkowych naczyń spojówkowych uległ przekrwieniu; zajmuje daleko większą, obwodową część spojówki gałkowéj w razie nastrzykania tylko tylnego układu jéj naczyń; całą zaś spo jówkę jeżeli przekrwienie oba jéj układy naczyniowe ogarnęło.

b) Te przekrwienia naczyń spojówkowych łatwo odróżnić od nastrzykania naczyń głębszych, położonych w tkance podspojówkowéj, czyli nadtwardówkowéj, tworzących sieć najdrobniejszych rozgałęzień przodkowych naczyń rzęskowych. Wprawdzie i to n a s t r z y k a n i e, z w a n e r z ę s k o w é m l u b n a d t w a r d ó w k o w é m występuje, podobnie jak nastrzykanie spojówkowe przodkowe, w postaci obrączki na kilka milimetrów szerokiéj, otaczającéj bezpośrednio rogówkę, ale różni się od niego już swoją r ó ż o w ą (w niebieskawe wpadającą) barwą, a nadto i gęstością, która sprawia, że zajęta przez nią obrączka twardówki wygląda jakby jednostajnie karminem pomalowana, tak, iż pojedyńczych naczyń wcale odróżnić nie można. Leżąc pod spojówką nastrzykanie to nie da się razem z nią po twardówce przesuwać jak nastrzykanie spojówkowe, ale można je palcem ucisnąć, tak, że w miejscu ugniecionêm twardówka ukazuje się na chwilę w swojéj białéj barwie. Najczęściéj zajmuje ono cały obwód rogówki, tworzy więc obrączkę, ale bywa także częściowém. Najwybitniejszém bywa to nastrzykanie w ostrych zapaleniach tęczówki i ciałka rzęskowego, ale towarzyszy także każdemu zapaleniu rogówki, a nawet spojówki w tych przypadkach, w których jéj rąbek i najbliższe jego sąsiedztwo są siedzibą zmian zapalnych, np. zapaleniu pryszczykowemu.. W tych to właśnie przypadkach występuje ono nierzadko tylko częściowo, t. j. w jednym lub kilku kierunkach obwodu rogówkowego, nie tworząc zamkniętéj obrączki. Równocześnie z niém znajdujemy zazwyczaj nastrzykanie przodkowych naczyń spojówkowych, a niekiedy całéj spojówki. Nastrzykanie to może, nawet mimo wysokiego swojego stopnia, stać się niewidocznêm z powodu pokrycia przez silnie nastrzykaną i obrzmiałą spojówkę.

c) Nareszcie wydarza się, lubo rzadziéj, n a s t r z y k a n i e n a c z y ń r o z g a ł ę z i a j ą c y c h s i ę w s a m é j t w a r d ó w c e, osobliwie w powierzchownych jéj warstwach. Ten rodzaj nastrzykania nie występuje zazwyczaj tuż obok rogówki, lecz dopiero w niejakiém od jéj brzegu oddaleniu, w postaci mniejszych lub większych, okrągławych plam b a r w y f i j o ł k o w o c z e r w o n é j, nieprzesuwalnych, podczas gdy spojówka nad niemi przesuwać się daje. Ugniecenie ich nie przywraca twardówce jéj prawidłowéj barwy, co nam do odróżnienia od nastrzykania rzęskowego (zresztą zawsze do brzegu rogówki dochodzącego) służy. To nastrzykanie odpowiada sprawom zapalnym w saméj twardówce (*Scleritis, Episcleritis*). Każdy z opisanych rodzajów nastrzykania może się pojawić sam lub też w rozmaitéj kombinacyi z innemi.

Z kolei następuje **rogówka**. Trzy jéj zasadnicze własności: p r z e ź r o c z y s t o ś ć, k r z y w i z n a i g ł a d k o ś ć p o w i e r z c h n i, od których zawisło prawidłowe spełnianie zadania téj ważnéj błony oka, zasługują głównie i przedewszystkiém na uwagę lekarza.

Przeźroczystość rogówki nadwerężają w różnym stopniu lub znoszą zupełnie, częściowo lub w całéj rozległości najczęściéj zapalenia téj błony (nacieki, naczynia nowoutworzone) i ich następstwa (blizny) prócz tego zaś ciała obce jak ziarnka prochu strzelniczego, odłamki żelaza itd. pozbawiają ją częściowo przeźroczystości. Gdy zaćmienia rogówki mają barwę szarą lub żółtawo szarą, w ogólności jasną, ułatwiamy sobie ich dostrzeżenie spoglądając w oko w takim kierunku, żeby im źrenica służyła za tło; ciemno zabarwione ciała obce przeciwnie lepiéj się uwydatniają na tle jasno zabarwionéj tęczówki. Lekkie, mgiełkowate plamki, drobniutkie jak pyłki osady na tylnéj powierzchni rogówki, najdelikatniejsze wreszcie, jednostajne, rozlane zadymienia miąższu, nadające jéj pozór szkła lekko spotniałego, ujść mogą oku gołemu, a nawet lupą uzbrojonemu, ale uwidoczniają się przy oświetleniu ogniskowém lub wziernikowém, o którychto sposobach badania późniéj będzie mowa.

Krzywizna rogówki jest elipsoidyczną, ale uważać ją można za kulistą. Promień krzywizny powierzchni przodkowéj w południku poziomym wynosi średnio 7·8mm., w pio nowym zaś tylko 7.7mm. Dzięki krzywiźnie i doskonałéj gładkości swojéj powierzchni rogówka zachowuje się jak zwierciadło wypukłe. Wiadomo zaś, że takie zwierciadła odbijają domniemane, proste i pomniejszone obrazy przedmiotów, znajdujących się przed niemi. Wielkość obrazu zawisła od odległości przedmiotu i od wielkości promienia krzywizny zwierciadła, a ma się mianowicie do pierwszéj w stosunku odwrotnym, do drugiéj w prostym. Innemi słowy: im bardziéj oddalony przedmiot i im wypuklejsze zwierciadło, tém mniejszy obraz od niego odbity. Chcąc zatém ocenić krzywiznę rogówki sadzamy badanego w odległości paru metrów naprzeciw okna i porównywamy wielkość obrazów ram okna (lub płomienia świecy w ciemnym pokoju), odbitych od obu jego rogówek, lub od rogówek innego człowieka z oczyma zdrowemi, siedzącego w téj saméj od okna odległości. Zmniej-

szenie obrazu oznacza zwiększenie wypukłości rogówki i odwrotnie. Przy niejakiéj wprawie można w ten sposób dostrzedz jeszcze różnice wielkości obrazów, jeżeli różnica w długości promienia krzywizny nie wynosi mniéj od 1mm. Każąc następnie choremu wodzić oczyma za naszym palcem poruszanym zwolna w różnych kierunkach wytwarzamy po kolei obraz okna odbity od różnych części rogówki i sądzimy o ich przypłaszczeniu się lub wypukleniu według zwiększania się lub malenia obrazu, a więc według zmiany jego postaci. Rogówka np. w środkowéj części stożkowato wypuklona odzwierciedli obraz okna szerszy ku obwodowi rogówki, a węższy ku jéj środkowi itp. Ścisłe oznaczenie krzywizny rogówki wymaga pomiarów za pomocą oftalmometru.

Zwierciadlana **gładkość** powierzchni rogówki prawidłowéj ucierpieć może już to skutkiem wyniosłości, już téż skutkiem zagłębień (wrzodów). Jedne i drugie niełatwo przeoczyć przy należytéj uwadze, jeżeli nie są zbyt drobne, a zwłaszcza, jeżeli zarazem i przeźroczystość rogówki nadwerężają, ale przy zwierciedleniu uwidocznią się one nadzwyczaj wyraźnie zniekształceniem obrazu, choćby w ich miejscu przeźroczystość wcale nie cierpiała. Oprócz tego jednak gładkość rogówki cierpi często, osobliwie w przypadkach zapaleń, pomimo, iż jéj powierzchnia nie okazuje oku gołemu wyraźnych nierówności, albo co najwięcéj wygląda jakby końcem cienkiéj igiełki pokłuta. To delikatne uszkodzenie, że tak powiem, politury rogówki zmniejsza tylko jéj połysk, a przecież zdradza się ono przy zwierciedleniu tém, że obraz ram okna jest mniéj jasny, mdlejszy i okazuje mniéj ostre zarysy.

Na uwagę lekarza zasługuje nadto znana **czułość** rogówki, bo jéj przytępienie, pominąwszy, że towarzyszy niekiedy zapaleniu téj błony, jest ważnym objawem jaskry i porażenia pierwszéj gałęzi nerwu troistego. Jeżeli chory znosi dotykanie się rogówki (przy odciągniętéj dolnéj powiece, aby nie zawadzić o rzęsy) końcem skręconego w dutkę, miękkiego papieru, lub chorągiewką pióra gęsiego bez cofania głowy i zmrużania powiek, można być pewnym, że czułość rogówki jest przytępiona. W razie zupełnéj utraty czułości dotknąć się można rogówki końcem palca, a chory nie będzie o tém nawet wiedzieć, jeżeli jest ślepym.

Zmniejszenie nareszcie lub powiększenie **średnicy podstawy** rogówkowéj i wyraźna **zmiana** jéj **postaci** dowodzą ciężkich spraw chorobowych w błonach wewnętrznych oka i łączą się zazwyczaj, jeżeli nie z zupełną utratą, to przynajmniéj ze znaczném upośledzeniem wzroku.

Po zbadaniu rogówki zastanawiamy się nad t r e ś c i ą, r o z m i a r a m i i p o s t a c i ą **komórki przodkowéj**. Ciecz wodna, stanowiąca prawidłową **treść** komórki, bywa tylko co do swéj ilości zwiększoną lub zmniejszoną, odpowiednio zagłębieniu się lub spłaszczeniu komórki, albo też okazuje się co do jakości zmienioną, bywa mętną i odmiennie zabarwioną skutkiem przymieszki włóknika, ropy lub krwi, które nadto zebrać się mogą na dnie komórki, jako tak zwane hypopyum i hypohaema. Prócz tego znajdujemy niekiedy w komórce przodkowéj ciała obce, które się tam po przebiciu rogówki dostały, soczewkę zwichniętą lub jéj okruchy, wypadłe przez ranę w torebce przodkowéj itd.

Rozmiary i **postać** komórki przodkowéj zawisły od odległości rogówki od tęczówki, uwzględnimy je więc przy badaniu téj ostatniéj. Tutaj nadmienię tylko, że komórka przodkowa, któréj głębokość w osi ocznéj wynosi w oczach miarowych średnio około 2·5mm., bywa głębszą w oczach krótkowidzących, płytszą zaś w nadmiarowych.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

Z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.
(Zbioru prac klinicznych zeszyt IV).

Jest to sprawozdanie z kliniki lekarskiéj krakowskiéj z lat 4ch, tj. od roku szkolnego 1874/5 do roku szkolnego 1878/9, i zawiera: choroby narządu oddechowego (Dr. Smoleński i Dr. Ponikło), trawienia (Dr. Bossowski), ruchowego (Dr. Schramm), moczowego (Dr. Ponikło), układu nerwowego (Dr. Gluziński), choroby zakaźne (Dr. Schramm), choroby nosa krtani i oskrzelów (Dr. Bossowski); mozolną lecz nader korzystną tę pracę młodych lekarzy, a niedawnych uczniów kliniki krakowskiéj, poprzedził wstępem prof. téj kliniki Dr. Korczyński, streszczając niejako w liczbach odsetkowych całe sprawozdanie i dając pogląd ogólnikowy na stosunki kliniki krakowskiéj i zasoby jéj materyjalu leczniczego.

Czytelnikom naszym znane są z Przeglądu te sprawozdania; skupione w jeden tom spory, gdyż obejmuje 191 stronnic, sprawozdania stanowią nader cenny materyjał naukowo kliniczny. Sprawozdawcy nie ograniczyli się do suchego obliczenia odsetkowego, nie poprzestali na biurokratycznym raporcie, lecz traktowali swoje zadanie na tle nauki, przy porównawczéj skali tego, co się robi w wielkich ogniskach lekarskich na zachodzie Europy. I dla tego „Sprawozdania“ nie powinny być uważane, jako li tylko praca informująca o saméj klinice krakowskiéj i jéj działalności; była to zaledwo połowa zadania sprawozdawców; czytelnicy znajdą w tym jednym tomie symptomatologiję, rozpoznanie, rokowanie, leczenie, oględziny pośmiertne itd., traktowane w świetle krytyki umiejętnéj, bardzo trafnéj, przekonywującéj i pouczającéj. Wszystkie sprawy sporne w medycynie były traktowane praktycznie w klinice krakowskiéj, a przychylenie się na jednę lub drugą stronę uzasadniano zawsze nie przypuszczeniami, lecz motywami ugruntowanemi na doświadczeniach.

Dopiero po przeczytaniu jednym ciągiem „Sprawozdania“ występuje cała jego jednolitość, naukowa wartość, która go wyszczególnia, a wreszcie dydaktyczny kierunek kierownika kliniki chorób wewnętrznych w Krakowie.

C z w a r t y z e s z y t p r a c k l i n i c z n y c h pozostanie na zawsze miarą, jak dobre sprawozdania lekarskie pisać należy.

A. K.

W. W a g n e r: Otok ropny i jego leczenie.

Otok ropny (*empyema*) jest ropniem, należy go wcześnie otworzyć, wypróżnić, a zachowawszy ściśle ostrożności przeciwgnilne, mamy warunki pomyślnego leczenia dopełnione, a zarazem w tych słowach streszczoną pracę autora.

Przyczyną wywołującą otok ropny bywają choroby ostre, zakaźne, najczęściéj jednak zapalenia płuc i opłucny. Po wystąpieniu objawów, a nawet podejrzenia otoku ropnego, radzi autor przystąpić zaraz do punkcyi próbnéj za pomocą

wstrzykawki Prawatza; ponieważ jednak zdarzyć się może, że istnieją dwa oddzielone od siebie wysięki, jeden surowiczy, drugi zaś ropny, trzeba więc wykonać próbę w kilku miejscach. Przekonawszy się w ten sposób o istocie otoku, należy bez zwłoki przystąpić do operacyi, bez względu na towarzyszącą lub przebytą chorobę, gdyż następne zgrubienia opłucny, powstałe skrzepy i błony wrzekome przeszkadzają dokładnemu wydobyciu się ropy i utrudniają leczenie nawet za pomocą cięcia. Pompowaniu ropy przyrządami wsysającemi odmawia autor skuteczności, przypuszcza bowiem, że wysięk może się przez przepłukiwanie powiększyć, pobudzić do wytwarzania się skrzepów; jako prawidło stawia więc zdanie: punkcyję raz tylko wykonać wolno, jeżeli nie powstrzyma choroby, bez zwłoki przystąpić do operacyi.

Zadaniem operacyi jest najdokładniejsze odprowadzenie ropy. Zdawałoby się zatém, że punkt najniższy, n. p. przestwór międzyżebrowy 11, w okolicy kręgosłupa najodpowiedniejszy; ponieważ jednak mogą istnieć zrosty po przebytych zapaleniach opłucny, a têm samém niewykluczona możność, wkroczenia do jamy brzusznéj, pewniéj zatém będzie obrać miejsce cięcia w linii pachowéj przedniéj między 4 a 6 żebrem. W tym razie jednak trzeba chorego tak ułożyć, aby, przez podniesienie miednicy na parę cali, dolna część klatki piersiowéj została obniżoną, uskuteczniwszy jeszcze parę obrotów bocznych, możemy być pewni, że ciecz zupełnie wypłynie. Po przecięciu skóry na górnym brzegu żebra, w długości 4–5 cm., oddziela się mięśnie warstwami aż do opłucny, którą się wąskim bisturem przecina. Ropy nie wypuszcza się nagle, lecz z przestankami zatykając w razie potrzeby otwór. Jeżeli okoliczności pozwalają, dobrze jest przekonać się palcem o stanie opłucny, istnieniu błon i skrzepów. Jeżeli przestrzeń międzyżebrowa zawąska zaleca autor sposób Königa, polegający na wycięciu kawałka żebra długości 2 cm., z pozostawieniem okostny. Znajduje się dużo skrzepów, a ropa cuchnie, należy przestrzykać jamę otoku kw. karbolowym 3% lub kw. borowym 7—10% albo chlorkiem cynku 3—5%. Po przepłukaniu zakłada się dren, ile możności najgrubszy, długości najwyżéj 5 cm., przekłuwa zewnętrzny koniec igłą karlsbadzką, podkładając pod końce nieco waty salicylowéj aby skóry nie raniły. Opatrunek rozpoczyna warstwa pomiętéj gazy karbolowéj, po niéj następuje wata salicylowa, którą pokrywa w 8oro złożona gaza Li tera, całość utwierdza się opaskami flanelowemi lub barchanowemi. Opatrunek ponawia się po 24 godzinach, w razie pojawiania się skrzepów, cuchnienia ropy, przestrzykuje się podanemi roztworami przy każdéj zmianie opatrunku dopóki czysta ropa odchodzić nie zacznie. Następnie skraca się zwolna dren (niezmieniając go jednak na cieńszy, gdyż taki się łatwo zatyka), a gdy przez 8 dni wydzielania ropy nie ma, zupełnie go usuwa. Rana goi się w przeciągu kilku dni. Chloroformowanie i użycie mgły karbolowéj przy operacyi, zostawia autor osobistemu zapatrywaniu operującego.

Zadawnione otoki ropne, przetoki otokowe, wymagają takiego samego leczenia, pierwszym więc warunkiem: dokładne wypróżnienie ropy, przestrzykanie jamy otoku silnemi roztworami chlorku cynku 10%, tynkturą jodową itp., przez co ściany przetoki pobudza się do wytworzenia żywszéj ziarniny i dążności zasklepienia. W obec stwardniałych ścian opłucny, jedynie prawie skutecznemi są wypiłowania pewnéj liczby kawałków żeber, według Schede'go i większych kawałków klatki piersiowéj, stósownie do jamy otoku, aby utworzyć otwartą jamę, w któréj skóra zewnętrzna zrasta się z opłucną płuca (stwardniała bowiem blaszka opłucny żeber nie posiada dostatecznéj elastyczności aby się z blaszką opłucny płuc zespoiła). (*Sammlung klinischer Vorträge herausgeg. von R. Volkmann* Nr. 197). *Dr. Murdzieński.*

Charrier: **Leczenie środkami alkalicznemi jednéj z mało znanych przyczyn niepłodności a mianowicie kwaśnego oddziaływania odpływu maciczno-pochwowego.**

Od czasu badań pp. Liégeois i Byasson nad nasieniem wiemy, że środki alkaliczne zwiększają i długi czas utrzymują żywotność spermatozoidów, a że te ostatnie nagle giną gdy zetkną się z płynem, choćby lekko tylko kwaśnym.

Opierając się na tych spostrzeżeniach Dr. C. sądził, że u kobiet, u których wydzieliny maciczno-pochwowe oddziaływają kwaśno, rzeczy podobnie się mają: spermatozoidy ulegają zniszczeniu i zapłodnienie jest niemożliwe. Z tego wypływa logiczny wniosek, iż aby zapobiedz temu stanowi patologicznemu należy zniszczyć to kwaśne oddziaływanie wydzielin i sprawić téż same stosunki chemiczne w organach rodnych niewieścich, które mamy zanurzając spermatozoidy w alkalicznym płynie zachowawczym. Otrzymujemy zaś to zalecając ciepłe wstrzykiwania alkaliczne, polecając picie przez czas jakiś wód alkalicznych, jednêm słowem niszcząc kwaśne oddziaływanie a tworząc alkaliczne, w którym spermatozoidy mogą żyć. — To kwaśne oddziaływanie wydzielin maciczno-pochwowych nie zdaje się jednak często przydarzać, bo Ch. stwierdził je tylko 4 razy na 27 pod tym względem badanych kobiet. Obserwował on dwie z nich bardzo dokładnie, u których kwaśne oddziaływanie wydzieliny pochwowéj przeszkadzało zapłodnieniu. Zapłodnienie mogło dopiero nastać gdy oddziaływanie kwaśne przemieniło się na alkaliczne, bo dwukrotne badanie najdokładniejsze tak męża jak i żony nie wykazało żadnéj innéj przyczyny niepłodności.

Spostrzeżenia te są ciekawe i powinny posłużyć do zwrócenia uwagi badaczy na niepewność i trudności ciemnych a tak ważnych punktów w sprawie zapładniania. (*Bul. gen. de therap. 1880.—Rev. d'hyg. 1881. Nr. 4*). *Dr. Grabowski.*

Wiadomości pomniejsze.

(L. K.) **Wykrycie niektórych zfałszowań kawy.** Hager podaje następujące metody:

1) Kawa niepalona. 50 grm. kawy nalewa się wodą i po kwadransie odsącza. Odsącz obserwuje się w probiercе na tle białego papieru. Odsącz kawy czystéj jest zwykle bezbarwny. Jeżeli kawa była zabarwioną ciałami w wodzie nierozpuszczalnemi, to te można znaleść na sączku. — Inne 50 grm. kawy kłuci się z wodą zawierającą 1% kwasu azotowego, po kwadransie odsącza, a w odsączu po dodaniu octanu sodowego śledzi się metale kwasem siarkowodowym. Inną znów porcyję kawy kłuci się z chloroformem. Jeżeli kawa była zabarwioną indychtem, to go chloroform rozpuści. Błękit pruski rozpuszcza się kłuceniem innéj części ziarnek kawy w rozczynie węglanu potasowego. Z odsączonego rozczynu strąca się ten barwik niebieski kwasem chlorowodowym. Węglan potasowy wykrywa także charakterystycznêm zabarwieniem rozczynu obecność kurkumy. — Aby rozróżnić naśladowane ziarnka kawy od prawdziwéj, rzuca się garść ziarnek na głęboki talerz i nalewa ciepłą wodę. Prawdziwe ziarnka nawet po kilku godzinach nie zmienią się, podczas gdy sztuczne rozpadną się lub przynajmniéj zmienią swoją barwę.

2) Kawa palona. Ziarnka kawy całe prawdziwe pływają po wodzie, — sztuczne toną.

3 grm. kawy mielonéj kłuci się silnie z 20 grm. zimnéj wody. Po półgodzinném odstaniu przesącza się. Przesącz kawy czystéj jest co najwyżéj blado-żółtawy; fałszowanéj zaś żółty lub brunatny.

Jeżeli kawa była zmięszana z nasieniem łubinu (*lupinus*) to smak przesączu jest silnie gorzki, (o ile nie użyto surogatu kawy Beringa, otrzymywanego z nasion łubinu, które pozbawiono istoty gorzkiéj L. K.). — Inną część kawy mielonéj np. 2 grm. daje się do wąskiego cylinderka i nalewa się na nią 15 do 20 ctm. sz. rozczynu wysyconego i zimnego zwykłéj, czystéj soli kuchennéj. Kłuci się silnie przez kilka minut i potém z godzinę w spokoju pozostawia. Przez ten czas kawa wypłynie na wiérzch rozczynu soli, a jeżeli była czystą, rozczyn będzie prawie bezbarwnym, a na dnie naczynia tylko lekka powłoka masy złożonéj z drobnego proszku, barwy szaro-brunatnéj. Jeżeli kawa była zmięszana z jakimś surogatem, osad na dnie naczynia będzie 5 do 10 razy grubszy, a rozczyn soli mniéj lub więcéj żółto do brunatnego zabarwiony. Nasienie łubinu barwi zwykle rozczyn soli żółtawo, lecz daje grubą warstwę osadu. W razie obecności cykoryi ciecz jest brunatno zabarwiona.

Po tych wstępnych próbach można przystąpić do dalszego badania. W tym celu odsącza się rozczyn soli od osadu i w górze odstałéj kawy. Odsącz ten w razie niezfałszowanéj kawy jest blado żółtawy i zachowuje się obojętnie względem kwasu pikrynowego, garbnikowego, rozczynu siarkanu miedziowego z wodnikiem potasowym i względem rozczynu jodu. Półtora chlorek żelazowy (Fe_2Cl_6) wywołuje co najwyżéj ciemniejsze zabarwienie z odcieniem zielonawo-brunatnym. W razie obecności nasion zawierających większą ilość skrobi rozczyn jodu wywołuje zabarwienie niebieskawe. Jeżeli kawa była zmięszana z mieloną i paloną żołędzią, to półtora chlorek żelaza wywoła zabarwienie atramentowe. — Ulegnie rozczyn siarkanu miedziowego w ługu potasowym redukcyi, to jest obecna cykoryja lub nasienie zęba końskiego. O wiele słabiéj redukująco na rozczyn miedzi działają nasiona zbożowe, łubinu, jakotéż palony cukier. Osad pozostały na dnie cylinderka bada się pod drobnowidem przy 200—400-krotném powiększeniu. Jeżeli kawa była czysta, widać tylko charakterystyczne żółte resztki z tkaniny ziarn kawowych, — w razie obecności surogatów znajdują się bezbarwne komórki skrobi, włókna spiralne i inne t. p. tkaniny roślinne obce. Niekiedy paloną i mieloną kawę sztuczną skrapiają oliwą. W takim razie kawa fałszywa zachowywałaby się jak prawdziwa i pływałaby po wierzchu. Drobnowid jednak wykaże i to zfałszowanie. — Celem wykrycia łubinu można użyć jeszcze następującéj próby. Pewną ilość kawy miałkiéj oblewa się wodą wrzącą, zawierającą 0.5% kw. siarkowego i po odstaniu odsącza. Dodany do odsączu jodyt rtęciowo-potasowy w razie czystéj kawy sprawi tylko lekkie zmącenie, jeżeli zaś kawa była zmięszana z nasieniem łubinu, zmącenie będzie bardzo silne. W razach wątpliwych, można jeszcze nalew z wody, zawierającéj kwas siarkowy, kłucić z chloroformem lub benzolem: kofein przejdzie w jeden z tych odczynników, lupunin zaś nie. (*Pharm. Centrallhalle* XX. 201.).

Przed niedawnym czasem urząd zdrowia w Berlinie zwrócił też uwagę na fałszowanie kawy mielonéj i palonéj nasieniem *Cassia occidentalis* (surogat znany pod mianem *Café négre*). Surrogatem tym fałszowana kawa wykazywała po zpopieleniu w przecięciu 10.11% popiołu, czysta zaś kawa dawała tylko 4.81% popiołu. Kawałki nasienia *Cassia occidentalis* przedstawiały pod drobnowidem ładną mozajkę z wieloboków złożoną. Na przecięciach prostopadłych do powierzchni widać było piękne promieniste kreskowanie. Zawartość komórkowa była mniéj lub więcéj ciemno-brunatną, szczególniéj w komórkach obwodowych. (*Corr. Bl. d. Ver. analyt. Chemiker* II. 3.).

(A. O.) Fleury wspomina o **trzech przypadkach herniotomii** wykonanéj u kobiet podczas lub w bardzo bliskim czasie miesiączkowania. We wszystkich postrzegano bardzo znaczne krwawienie, pomimo że żadna tętniczka lub żyła większa nie została obrażoną. Jeżeli miesiączka pojawiła się po operacyi, natenczas i krwotok był następowym mimo że go podczas operacyi nie było, co tém bardziéj utrwala twierdzenie o wpływie miesiączki na kolotomiję. (*Revue de Chirurgie.— Congrès d'Alger. Juin 1881*).

(A. O) Lister podał następujący sposób **wyrabiania gazy antyseptycznéj**, mającéj zastąpić gazę karbolową w tych razach, w których karbol sprowadza zaczerwienienie i zapalenie skóry do około rany: Na jednę część olejku z *eucalyptus globulus*, bierze się 3 części żywicy i 3 części parafiny. Gaza taka nie sprawia nawet u najdelikatniejszych osób żadnego podrażnienia skóry. (*Revue de Chirurgie — Congrès d'Alger. Juin 1881*).

(L. K.) **Próby celem wykazania strychninu w gnijących trupach.** Na podstawie dłuższych doświadczeń H. Ranke, Buchner, Wislicenus i Gorup Besanez doszli do następujących wyników:

1) Trzem zawodowym chemikom sądowym nie udało się wykryć metodą Stasa strychninu w zwłokach psów zatrutych 0.10 grm. azotanu strychninowego (dawka i dla ludzi bezwarunkowo trująca), jeżeli te były zakopane w ziemi przez 330 dni.

2) Obecność trucizny zdradzał zawsze jednak smak gorzki wyciągów.

3) Próba fizyjologiczna jest bezwarunkowo czulszą od chemicznéj. Wyciągi otrzymane ze zwłok zwierząt zatrutych i przez 100 dni zakopanych, zastrzyknięte żabom wywoływały nader wybitne objawy zatrucia. Nawet wyciągi z psów, które przez 330 dni były zakopane, gdzie reakcyja chemiczna nic nie wykazywała, wywoływały jeszcze niewątpliwe objawy zatrucia u żab.

4) Dla wywołania reakcyi fizyjologicznéj było bez wpływu czy zwłoki leżały w ziemi przepuszczającéj lub nieprzepuszczającéj.

5) Wyciągi, uzyskane ze zwłok w wysokim stopniu zgniliźnie podległych, wywoływały u żab objawy znużenia i ogłuszenia, działanie serca nader osłabiały i zwalniały, a skutkiem tego działanie strychninu o wiele wolniéj występowało i nie było tak wyraźném.

6) Działanie fizyjologiczne strychninu najwybitniéj występowało po zastrzyknięciu wyciągów otrzymanych ze śledziony i wątroby. Podobnie więc jak dla chemicznéj reakcyi tak i dla fizyjologicznego oddziaływania śledziona i wątroba mają własność przechowywania trucizny najdłużéj w stanie niezmienionym.

7) Wystąpienie zesztywnienia pośmiertnego nie następowało ani razu zaraz po śmierci zwierzęcia, lecz zwykle po 50 minutach w przecięciu.

8) Tężec pośmiertny był u wszystkich psów strychninem zatrutych nader wyraźny i wybitny, nie trwał jednak nigdy długo. (*Virchow's Archiv.* 76, 1).

IV. Kilka słów w sprawie higijenicznéj reformy szkół.

Przez Dra Tadeusza Żulińskiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 27).

Otóż my pod nazwą tą lekarza szkolnego nic rozumiemy tu bynajmniéj, ani rozumieć chcemy, takiego, którego

głównym i jedynym obowiązkiem byłoby leczenie uczniów po za szkołą, ale nieustanna nad nimi higijeniczna piecza dopóki pozostają pod opieką i nadzorem szkoły. Opieka ta, jak powiada petycyja Tow. lek. gal., obejmować powinna między innemi: „badanie lekarskie, szczególnie wstępujących do szkoły kandydatów, czy ich ustrój fizyczny, pomimo prawem przepisanego wieku szkolnego, jest dostatecznie rozwinięty a zdrowie ich w dobrym znajduje się stanie, aby na ławce szkolnéj zasiąść mogli. Daléj nadzór i ciągła wśród roku piecza lekarska nad zdrowiem uczniów uczęszczających do szkoły i prowadzenie kontroli nad rodzajem chorób, jakim podlegają; badanie ozdrowieńców przybywających po chorobach zaraźliwych i nagminnych; zarządzanie odpowiednich środków zaradczych w czasie epidemij; kontrola nad nauką śpiewu i gimnastyki w szkole itp.“ Jeżeli nadto dodamy tu jeszcze pieczę nad warunkami higijenicznemi szkoły w całém tego słowa znaczeniu, tak pod względem budynku i sprzętów jakotéż porządku i metod pedagogiczno-dydaktycznych, o ile te wkraczają w dziedzinę higijeny, a będziemy mieli wcale niemały i ważny zakres działalności lekarzy szkolnych, który bardzo małemi resztkami wolnego czasu i to niekiedy tylko sumiennie załatwić się nie da.

Leczenie chorych uczniów w domu a nieustający nadzór higijeniczny nad zdrowymi, wątłymi lub chorowitymi w szkole, to rzeczy wcale od siebie różne. Z prawa leczenia się bowiem nawet bezpłatnego u lekarzy szkolnych korzystać będą tylko niektórzy uczniowie, bo rodzice ich i opiekunowie iść zawsze będą woleli za swém osobistém zaufaniem i przekonaniem do tego, którego będą sobie życzyli i nikt im tego zabronić nie może, gdy kontroli higijenicznéj i sprawdzaniu stanu zdrowia i choroby podlegać muszą wszyscy bezwarunkowo wychowańcy zakładu.

Jakkolwiek przeto wyborne i sprawiedliwe jest to żądanie ministeryjalne (§ 14 z 19 lipca 1875) „aby każdy nauczyciel przestrzegał zasad higijeny nie tylko w stosunku swoim do młodzieży szkolnéj, lecz według możności wpływał także i na to, ażeby i d o m r o d z i c i e l s k i d b a ł o t o w s z y s t k o, c z e g o p o t r z e b a d o n a l e ż y t e g o f i z y c z n e g o w y c h o w a n i a d z i e c i w c i ą g u i c h n a u k i s z k o l n é j,“ to mimo najgorliwszych w téj mierze zabiegów nauczycieli i lekarzy szkolnych, aby poleceniu temu w domach rodzicielskich działo się zadość, ani oni ani też władze szkolne odpowiedzialnemi być za to nie mogą, gdy za to co się dzieje w szkole zawsze odpowiadać muszą. I bardzo naturalnie.

Jeżeli więc sprawa lekarzy szkolnych ma być skutecznie rozwiązaną nie zapominajmy o tém nigdy, że nam tu nie o zapewnienie pomocy lekarskiéj w domu uczniom zakładu w razach choroby iść jedynie winno, ale o stały higijeniczny nadzór i lekarską opiekę w szkole i nad szkołą.— Jedno drugiego w żaden sposób tu zastąpić nie może, gdyby jednak czynności te dały się z sobą zawsze skutecznie i z pożytkiem tak szkoły jak i młodzieży szkolnéj łączyć w jednéj osobie, niebyśmy ani ze stanowiska higijenicznego ani też lekarskiego przeciwko temu mieć nie mogli i nie mieli.

Zanim zakończymy ten ustęp o higijenicznym nadzorze szkolnym, a szczególnie o umożliwieniu wykonywania odnośnych przepisów sanitarnych, nakazywanych przez władze, musimy tu słów parę powiedzieć i o służbie szkolnéj, która dane polecenia co do czystości i ciepłoty budynku wykonywać jest obowiązaną.

Dotąd najczęściéj każdy zakład ma jednego stróża, który cały gmach szkolny ma w należytéj utrzymywać czystości, bez względu na to, czy jest on mały czy wielki, tj. czy się składa z kilku, kilkunastu, czy téż z dwudziestu kilku i więcéj izb wykładowych, a nadto z gabinetów, kancelaryj, pracowni, korytarzy, dziedzińca, a czasem i ogrodu.

Różnicy między szkołą ludową dwu lub czteroklasową a seminaryjami nauczycielskiemi lub szkołami średniemi z podwójnemi, a czasem potrójnemi, t. zw. paralelkami, nie widzimy w tym względzie żadnéj. Tu i tam ma nam jeden stróż wystarczać. Tak przecie nie jest i być nie może.

Jeżeli bowiem zwrócimy uwagę na rozporządzenie ministeryjalne z d. 19 lipca 1875 żądające w §. 1 „ażeby izby szkolne, schody i korytarze c o d z i e n n i e starannie wymiatano a w razie potrzeby co najmniéj cztery razy do roku należycie je myto, ażeby prochy po niejakim czasie po uprzątnieniu z ławek, z pieca, z gzemsów, z szaf i z tablicy zmiatano, okna zawsze czysto myto, a wodę ściekającą z szyb i z gzemsów pod oknami starannie ścierano oraz szczególną zwracano baczność na utrzymanie czystości w wychodkach, przez c o d z i e n n e ich zmywanie i odwietrzanie,“ to przyznać musimy, że to i tak zakres pracy dość obszerny i uciążliwy. Nie jest to jednak już wszystko, dodać tu bowiem należy jeszcze codzienne znoszenie do sal drzewa i palenie w tylu piecach w porze zimowéj, daléj przewietrzanie i otwieranie drzwi i okien, jak tego żąda ministeryjalny przepis, w każdéj porze roku w przestankach między godzinami i po nauce szkolnéj, jakotéż codzienne zamiatanie i czyszczenie dziedzińca i zmywanie wychodków i ich odwanianie (dezinfekcyjonowanie). A i na tém jeszcze nie koniec. Od każdego bowiem stróża domu, a więc i gmachu szkolnego, policyja sanitarna mianowicie miejska wymaga zamiatania chodnika i części ulicy przed domem idącéj, odgarniywania błót i śniegu, wyrębywania lodu i skrapianie wśród pory gorącéj chodników itp. czynności.

Wszystkie te prace mające na celu ciągłe utrzymywanie czystości w zabudowaniach szkolnych potrzebują koniecznie służby, którąby mogła je na czas sumiennie co dzień wypełniać. Ztąd wynika, że ilość służby po szkołach powinna być odpowiednia rozległości tychże, tj. im szkoła jest większą i liczniejszą, inaczéj zawiera w sobie więcéj klas i ma więcéj t. zw. paralelek, tém więcéj téż powinno być w niéj służby, a to tém bardziéj, że obowiązkiem jéj jest nie tylko utrzymywanie czystości gmachu i sprzętów ale i zwykła niesanitarna posługa. Gdy warunkowi temu nie dzieje się zadość, dziać się musi niestety to, czego sobie wcale nie życzymy, że pomimo higijenicznie zbudowanego gmachu szkolnego, we wszystkich nawet szczegółach, higijenicznego jéj wewnątrz urządzenia i troskliwego higijeniczno-lekarskiego nad nią nadzoru, zdrowo utrzymywaną nie będzie, bo higijeniczne rozporządzenia i nakazy władzy niedostatecznie, źle albo zupełnie wykonywanemi nie będą.

Ostatni punkt, nad którym się tu z kolei zastanowić chcemy, jest potrzeba nauczania po szkołach higijeny, bo jak słusznie powiada petycyja Tow. lek. gal. „iż na niewiele się przydadzą i najznakomitsze prawa i instytucyje sanitarne w kraju, jeżeli ludzie, tj. obywatele dla których się one postanawia, ani słuchać ich, ani z nich korzystać nie będą chcieli. Tylko higijeniczne od dziecka wychowanie, tylko dobry przykład w tym względzie otoczenia, i w c z e s n e z a z n a j a m i a n i e m ł o d z i e ż y z n a u k ą p i e l ę g n o w a n i a z d r o w i a, szczepiąc w jednych przyzwyczajenie,

czyli nałóg higijeniczny, a w drugich przekonanie higijeniczne, złe znakomicie zmniejszyć albo stanowczo na zawsze usunąć zdoła.

Dowodzić potrzeby téj, po dwukrotnych petycyjach Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, jakotéż petycyi Tow. pedagogicznego i tak jednomyślnych dziś prawie domaganiach się światłych higijenistów i pedagogów całego nowszego świata, nie widzimy tu potrzeby, ale zwrócić koniecznie musimy uwagę członków dziś obradujących naszych obu ankiet szkolnych, że domaganie się to nauczania obowiązkowego po szkołach higijeny, leży w duchu ministeryjalnych rozporządzeń (austryjackich) z d. 9 czerwca 1873 i 19 lipca 1875, a więc nie przekraczając bynajmniéj dozwolonych ram, rozwinięte i wprowadzone w życie być powinno.

Rozporządzenie to wychodząc z zasady: „iż nauczyciel winien mieć zawsze na oku właściwe zadanie szkoły, a mianowicie: ażeby w myśl odwiecznéj zasady, że tylko w zdrowém ciele zdrowa mieszka dusza, starał się doprowadzić do wszechstronnego harmonijnego rozwoju, nie tylko duchowe lecz i cielesne siły i zdolności każdego ucznia“, powiada przeto wyraźnie: „iż obowiązany jest każdy nauczyciel obznajomić się dokładnie z zasadami higijeny i przestrzegać takowych nie tylko w stosunku swoim do młodzieży szkolnéj, lecz według możności wpływać i na to także, ażeby i dom rodzicielski dbał o to wszystko, czego potrzeba do należytego fizycznego wychowania dzieci w ciągu ich nauki szkolnéj, bo tylko ścisłe wykonywanie przepisów tych kończy to rozporządzenie wyda niechybnie dobre skutki i wpłynie nader korzystnie na rozwój tak fizyczny i jak i moralny młodzieży.

W obec tak kategorycznego i stanowczego orzeczenia i polecenia ministerstwa oświaty jakotéż wiary tegoż w dobry i skuteczny wpływ higijeny na wychowanie młodzieży, mamy prawo i obowiązek rozporządzenie to brać na seryjo, tj. wierzyć że rzeczywiście na to jest napisane i wydane, ażeby było słuchane i wprowadzone w życie, a nie służyło tylko za papierową tarczę higijenicznéj gorliwości władz o zdrowie młodzieży szkolnéj.

Jeżeli więc rozporządzenie ministeryjalne wyraźnie powiada, że każdy nauczyciel obowiązany jest obznajmić się dokładnie „z zasadami higijeny“ a więc dokładnie, a że higijeny, jako nauki, przyszli nauczyciele nie uczą się nigdzie, bo ani w szkołach ludowych, ani wydziałowych, ani średnich, ani w seminaryjach nauczycielskich ani też i na wszechnicach, to musimy koniecznie, jak to samo rozporządzenie z d. 9 czerwca 1873 we wstępie opowiada, uważać go tylko za ogólnikowe, które potrzebuje rozwinięcia, t. j. postawienia higijeny jako obowiązkowego wykładowego przedmiotu, w seminaryjach nauczycielskich, dla nauczycieli szkól ludowych i na wszechnicach dla nauczycieli szkół średnich. Bo obznajmić się dokładnie z zasadami higijeny może tylko ten, kto jéj się uczy tak jak każdego innego przedmiotu, z wiadomościami bowiem higijenicznemi człowiek się nie rodzi, jak z grzechem pierworodnym ani z umiejętnością ssania, mimo swojéj woli, ale jéj się koniecznie i pilnie uczyć musi i potrzebuje. Nie można więc nikogo zobowiązywać i nakazywać mu nabywania dokładnéj znajomości higijeny, nie dając mu nigdzie i żadnéj możności jéj słuchania i uczenia się.

Higijena, któréj zasady, jak tego żąda ministeryjalne rozporządzenie, nauczyciel obowiązany nietylko znać ale i umieć wprowadzać je w życie i przestrzegać w stosunku swoim do młodzieży szkolnéj i domu rodzicielskiego, winna być gruntowniéj od innych przedmiotów nauczaną, aby weszła w przekonanie i w krew nauczycieli, że się tak wyrazimy, bo błędy botaniczne, zoologiczne lub mineralogiczne w życiu nie dadzą się nigdy tak dotkliwie uczuć jak higijeniczne, odnoszące się do zdrowia. Jeżeli jednak przyszli nauczyciele, także i ludowi, uczą się jako obowiązujących przedmiotów, fizyki, chemii, mineralogii, botaniki, zoologii, geologii a nawet i algebry, i bez egzaminów z nich z dostatecznym stopniem dyplomu nauczycielskiego otrzymać nie mogą; na jakiéj zasadzie pytamy tylko higijenę mamy zostawiać dowolnemu uczeniu się kandydatów, a nie egzaminowawszy ich z niéj mamy nawet nakazywać im aby zostawali stróżami zdrowia młodzieży w szkołach i krzewicielami jéj zasad w domach rodzicielskich dzieci? Czyż dla przesądu, że się wszystkim zdaje, iż są z natury, t. j. bez uczenia się nawet gruntownemi rozpoznawcami higijenicznemi lub dla tego, że w sferze téj wiedzy w każdém społeczeństwie nieskończone zawsze panuje pomieszanie pojęć i błędów, a więc błędy i fałsze najlepiéj się tu ukrywają? Nie wiemy! ale to wiemy stanowczo, że higijena jest nauką opierającą się na spostrzeżeniach wieków i doświadczeniach naukowych, a więc że w niéj dowolności nie ma i być nie może, jak w sądzie o gruntach; zaś do zoologii jak concheologija wprowadzić się nie da, a przeto i na przyczepkę przy historyi naturalnéj wzmiankami lub napomknieniami wykładać jéj nie wypada. Jest nauką ważną sanitarną, która gruntownego wykładu i pełnego uczenia się wymaga, za nim stósowaną do życia być może.

Żądanie więc nauczania higijeny na wszechnicach i w seminaryjach nauczycielskich dla przyszłych nauczycieli, którego się oba Zjazdy lekarzy i przyrodników polskich domagały, którego dopominało się Towarzystwo pedagogiczne jako też petycyja Towarzystwa lekarzy galicyjskich i domaga się także od ankiety krakowskiéj memorandum Dra Janikowskiego, jest że wszechmiar słuszne i konieczne, popieramy go też i my jak najgoręcéj, ale żądania tego nieograniczamy jednak na tém, ale w myśl najpiérwszéj petycyi Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, jako też memorandum Tow. lekarzy galicyjskich z d. 4 czerwca 1880 roku domagamy się, aby na nauczaniu higijeny w seminaryjach nauczycielskich i na wszechnicach dla nauczycieli nie poprzestawano, ale żeby ta i na technikach, i w szkołach specyjalnych jak przemysłowych, agronomicznych i innych. w szkołach średnich, wydziałowych i w ośmioklasowych ludowych nauczaną była także jako obowiązujący, oddzielny przedmiot wykładowy, podobnie jak się wykładają od dawna chemija, fizyka, zoologija, botanika, mineralogija, geometryja, języki, roboty, rysunki i t. p. nauki. W szkołach zaś ludowych początkowych, niechaj przepisy i rady higijeniczne będą przynajmniéj uwzględniane w czytankach na równi z innemi wiadomościami, dotąd tam uwzględnianemi.

Ażeby skutek z sanitarnego nad szkołami nadzoru i z higijenicznego w nich kierunku wychowania, był rzeczywiście owocnym, potrzeba koniecznie poparcia nie tylko nauczycieli, dobrze ze sprawą tą obeznanych, ale i chętnego posłuchu mas pojmujących dobrze czego od nich wymaga higijena i na czém przepisy jéj polegają. Bo dzieci w domu i po za domem niehigijenicznie prowadzone i wychowywane w szkodliwych zdrowiu nałogach, z wielką trudnością w szkołach ich się pozbywają i do lepszego przychodzą pojęcia, a potem i przekonania. Trzeba więc i ze względów zdrowotnych

usunąć to podkopywanie szkoły przez domy rodzicielskie, a to się da tylko usunąć doszczętnie przez powszechne nauczanie młodzieży płci obojga, jako przyszłych najpierwszych nauczycieli, bo ojców i matek,—nauki pielęgnowania zdrowia, aby w przyszłym mającym się odrodzić społeczeństwie, nie tylko świadomość i przekonania, ale nałogi i przyzwyczajenia higijeniczne w krew i w życie jego przechodziły.

„To jest droga jedyna i pewna poprawy zdrowia publicznego“ powiada petycyja Tow. lek. gal., „na nie wiele się bowiem przydadzą i najznakomitsze prawa i instytucyje sanitarne w kraju, jeżeli ludzie, tj. obywatele, dla których się one postanawia, ani słuchać ich ani z nich korzystać nie będą chcieli.“

(Ciąg dalszy nastąpi).

V. Zjazd III. lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

Z pomiędzy kolegów, którzy dawniéj objawili zamiar przedstawienia podczas Zjazdu prac swoich, a nie podali tytułu odczytu, zgłosił się:

Dr. Szeparowicz, który okaże przypadek: *„Ectopia vesicae adnata cum epispadiasi totali“*, wyleczoną przez cały szereg plastycznych operacyj.

Dr. J. Ulanowski zgłosił się z następującemi odczytami:

1) O wartości leczniczéj naparu liści Jaborandi (opartéj na wynikach z przeszło 900 doświadczeń).

2) Przypadek do terapii nieżytu ostrego żołądka i jelit u dzieci przeważnie ssawców.

3) O konieczności zaprowadzenia i sposobie stosowania krytyki lekarskiéj.

4) O sposobie zapewnienia spiesznéj i właściwéj pomocy lekarskiéj w miastach większych.

5) O konieczności prowadzenia ściśléj statystyki w czasie panowania epidemii ospy, przy uwzględnieniu wiadomości, czy była i kiedy zaszczepioną ospa ochronna.

6) O warunkach, jakie uwzględnione być winny przy urządzaniu przyszłych Zjazdów lekarzy polskich, aby takowe przyniosły korzyść prawdziwą społeczeństwu i samym lekarzom.

Wydział gospodarczy zawiadamia, iż koléj lwowsko-czerniowiecka zniżyła o 33% cenę jazdy na swojéj linii dla uczestników Zjazdu od dnia 18 do 28 lipca. Chcący z téj ulgi korzystać muszą się wykazać kartą wydaną przez Zarząd kolei, którą Podskarbi Wydziału gospodarczego poszle wraz z kartą legitymacyjną, zgłaszającym się do niego osobom, skoro tylko Dyrekcyja kolei karty te nadeszle. Od Dyrekcyi kolei Karola Ludwika nie ma żadnéj odpowiedzi na wniesione podanie.

Uprasza się także wszystkich członków Zjazdu, którzy nie mają zamówionego mieszkania, aby się wcześniéj o takowe zgłaszali do Biura Wydziału gospodarczego Zjazdu, z wymienieniem, jakie chcą mieć mieszkania, czy w hotelu lub domu prywatnym, i za jak wysoką cenę. Bezpłatne mieszkania będą mogły być rozdzielone tylko między osoby wcześniéj się zgłaszające.

Kraków 6 lipca 1881.

Przewodniczący Wydziału gosp. III Zjazdu.
Prezes Tow. lek. krak. Doc. Dr. *H. Jordan.*

Dr. *Jan Rosner.* Prof. Dr. *E. Janczewski.*
Sekretarz.

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu 24 (do 11 czerwca) ospa w Londynie złagodniała. Świeżo zapadło 402, umarło 59, leczyło się w szpitalach 1716. W Wiedniu umarło 7, w Saragossie 6, w Pradze 4, w Budapeszcie 6, w Petersburgu 9, w Paryżu 23. Z duru brzusznego umarło więcéj w Budapeszcie i Petersburgu. Z duru osutkowego umarło w Budapeszcie 23, w Petersburgu 65. Odra rozszerzyła się bardzo w Bazylei. W Rio de Janeiro umarło od 16—31 marca 16. W tygodniu 25 (do 18 czerwca) umarło w Krakowie: z odry 7, z płonicy 3, z błonicy 2, z duru osutkowego 3, z róży 2; a doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku ospianki, 25 odry, 5 płonicy, 4 dławca, 2 krztuśca, 21 duru osutkowego.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 24 (do 11 czerwca) umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 48,1; w Poznaniu 37,1; w Wiedniu 29,6; w Budapeszcie 34,8; w Pradze 36,7; w Tryjeście 25,0; w Berlinie 31,0; w Wrocławiu 36,1; w Gdańsku 27,3; w Mnichowie 31,9; w Dreźnie 23,0; w Lipsku 18,9; w Bazylei 26,8; w Brukseli 21,5; w Amsterdamie 26,9; w Hadze 13,2; w Paryżu 27,3; w Londynie 18,3; w Kopenhadze 19,2; w Stokholmie 30,9; w Chrystyjanii 23,4; w Petersburgu 65,5; w Odesie 27,3; w Rzymie 28,2; w Wenecyi 23,7; w Madrycie 32,2; w Barcelonie 27,2; w Lizbonie 30,4; w Aleksandryi 27,0; w Nowym Yorku 33,3; w Filadelfii 23,4; w Bombaju 36,8. *J. B.*

VII. Wiadomosci bieżące.

Kraków d. 6 lipca. Skończyły się wybory do Rady miejskiéj. Z urny wyborczéj wyszli następujący lekarze: Dr. Warschauer, prof. Dr. Jakubowski, prof. Dr. Domański, Prezes Akademii Dr. Majer, Docent Dr. Jordan i Docent Dr. Pareński. Rada miejska liczyć będzie wraz z prof. Oettingerem 7 lekarzy.

Łamy Przeglądu nie są przeznaczone do wywierania wpływu na los wyborów, więc milczeliśmy podczas całéj akcyi wyborczéj; lecz po za tém milczeniem kryło się szczere zajęcie się wynikiem głosowania, gdyż podług naszego przekonania przypadnie obecnie wybranéj Radzie miejskiéj trudne lecz zaszczytne zadanie wprowadzenia w życie wodociągów i kanalizacyi m. Krakowa. Na radców lekarzy przypada przeto obowiązek wyjaśnienia całéj ważności téj sprawy; bo chociaż zdawałoby się, że w Krakowie już nikt nie powinien wątpić o potrzebie czystéj wody i świeżego powietrza dla naszego miasta, a jednak nie można powiedzieć o ustępującéj Radzie miejskiéj, ażeby oceniała całą wartość téj potrzeby, skoro pierwszeństwo dano mniéj naglącym sprawom; radcy lekarze mają zadanie przekonać nową Radę miejską o nagłości sprawy kanalizacyi i wodociągów; będą oni musieli umotywować tę nagłość nie tylko gruntownie, lecz i o tyle dostępnie, ażeby sprawa ta miała całą Radę za sobą; do dopięcia tego celu potrzebne są argumenta tak niezbite jak liczby, potrzeba opracowanego materyjału umiejętnego; większa praca wymagać będzie większych sił, a przypatrując się akcyi wyborczéj nie mogliśmy dopatrzeć ażeby wyborcy kierowali się tą przewodnią myślą w wyborze kandydatów. Nowa Rada miejska za mało ma w swém gronie lekarzy.

W obecnéj epoce odrodzenia się miasta naszego na porządku dziennym jest poprawienie jego stosunków sanitarnych; stanowisko, jakie zajął Kraków w duchowém życiu naszego narodu daje mu siłę przyciągającą; należałoby więc z kolei rzeczy pomyśleć, ażeby nikt nie przepłacał zdrowiem swego osiedlenia się w Krakowie. Z drugiéj strony w logicznem rozwoju stosunków naszego miasta nowy nasz burmistrz ma jedyną drogę zrównoważenia i prześcignięcia uroku swego poprzednika, a nią jest dokonanie czynów niejednodniowego meteorycznego blasku, lecz mających żywotną i wiekową wartość dla Krakowa; taką sprawą jest poprawienie stosunków sanitarnych nie tylko przez takie fundamentalne urządzenia, jak wodociągi i kanalizacyja, ale i przez powrócenie Komisyi sanitarnéj jéj należnego wpływu, przez wykorzenienie przechodzącego już w zwyczaj rzucania do kosza elaboratów téj Komisyi, przez nadanie jéj planom egzekutywy itd. Znane są programowe myśli nowego burmistrza m. Krakowa; wyrzeźbi on swoje imię nie na marmurowych tablicach, lecz

w wdzięcznych sercach mieszkańców tego grodu, jeśli im da czyste powietrze i świeżą wodę.

* Wydział lekarski tutejszego Uniwersytetu zamianował na ostatniém swém posiedzeniu Dra Stanisława Ponikłę, asystenta kliniki lekarskiéj, docentem patologii i terapii szczegółowéj. Dr. Ponikło, który jako asystent anatomii patologicznéj ogłosił kilka prac naukowych, a z czasów asystentury klinicznéj dał się poznać licznemi wykładami i demonstracyjami w Towarzystwie lek. krak. i naukowemi sprawozdaniami o suchotach płucnych i o chorobach nerkowych, przedłożył jako rozprawę habilitacyjną pracę oryginalną pt. „O oznaczaniu dolnéj granicy żołądka.“

Zakres wykładów jego obejmować będzie: ćwiczenia w badaniu fizycznêm chorych, które dotąd obowiązany był wykładać profesor kliniki lekarskiéj, i wykłady propedeutyczne z patologii i terapii szczegółowéj jako przygotowanie dla uczniów, wstępujących na kursa kliniczne.

Spodziewać się należy, że Wys Ministerstwo oświaty potwierdzi uchwałę grona profesorów Wydziału lekarskiego, i że Wydziałowi lekarskiemu przybędzie zdolny docent, który pracować będzie z korzyścią dla dobra nauki i uczniów, a wspierając usiłowania obecnego kierownika kliniki lekarskiéj przyczyni się do dalszego rozwoju téj instytucyi.

* Według nadesłanych nam wykazów w Cieplicach Czeskich do d. 26 czerwca było gości 3.944. W Giesshübl-Puchstein do d. 27 czerwca osób 27.

\+ **Karlsbad** d. 2 lipca. Do dnia dzisiejszego było osób 13.342, o 583 mniéj niż w roku przeszłym. Przez pierwsze cztery dni tygodnia utrzymywała się ciepłota między 13° do 14° C., przy ciągłych deszczach; w drugiéj połowie nastąpiła piękna pogoda z ciepłotą średnią 16°R. w cieniu.

* **Warszawa.** Docent warszawskiego Uniwersytetu Dr. Szałfiejew mianowany został profesorem nadzwyczajnym chemii i fizyki lekarskiéj w Warszawie.

* **Praga czeska.** Dziekanem Wydziału lek. na rok przyszły obrany został prof. anatomii opisowéj Toldt.

* **Budapeszt.** Prof. Lumniczer mianowany został pierwszym, a prof. Koranyi drugim prezesem węgierskiéj krajowéj Rady zdrowia.

* **Wiedeń.** Dr. Pawlik, asystent prof. Brauna donosi w *W. med. Woch.*, że udało mu się za pomocą umyślnie w tym celu sporządzonego kateteru zondować moczowody u 3 kobiet bez poprzednich przygotowań i rękoczynów; obiecuje on w swoim czasie podać do wiadomości publicznéj rezultat swych usiłowań.

* **Wiedeń** 5 lipca. Prof. Albert wykonał wczoraj wycięcie krtani z powodu raka; operacyja trwała $1\frac{1}{2}$ godziny; podziwienia godnym był spokój operatora, otoczonego całym sztabem asystentów i gości oraz setką uczniów, preparującego nieprzerwanie śród niezwykłego upału, a nie tracącego przytomności pomimo częstych napadów bezdechu, którym chory po nacięciu tchawicy ulegał.

* **Mianowania i odznaczenia.** Prof. akuszeryi w Pradze czeskiéj Weber-Ebenhof w uznaniu zasług jako nauczyciel i członek Rady zdrowia otrzymał tytuł radzcy rządowego.

* **Nekrologija.** W Tomaszowie ordynackim umarł w 51 r. życia d. 29 maja Dr. Muśnicki Mieczysław, lekarz powiatowy. Urodził się na Litwie, studyja pobierał w Moskwie, był wzorowym kolegą, cieszył się uznaniem powszechném. Śmierć nastąpiła z zapalenia jelit.

W Oxfordzie umarł prof. anatomii Rolleston w 52 roku życia.

Szkoła paryska poniosła w ubiegłym tygodniu znaczne straty przez śmierć profesorów: Maurice Raynauda, Chantreuila i Saint-Claire Devilla.

Artykuły oryginalne mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 27: Dra K. Rymszewicza: Przyczynek do nauki o wadach rozwojowych oka; Dra W. Jarnuszkiewicza: Epidemiczne zapalenie ślinianek przyusznych i jąder. — W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 27: Dra Niedźwieckiego: Przyczynek do leczenia czarnéj krosty; Dra Wdowikowskiego: Mikro-chemiczne badanie kamieni moczowych (dok.)

Redakcyja otrzymała:

Z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego zbioru prac klinicznych zeszyt IV.

Piśmiennictwo lekarskie. HASSE C. Morphologie u. Heilkunde. 2 verm. Aufl. gr. 8. Leipzig, Engelmann. M 0·60.

HENLE J. Anthropologische Vorträge. 2 Hft. Mit Holzst. gr. 8. Braunschweig. Vieweg. M. 2. 40.

KLEIN. De l'Hystérie chez l'homme. 8 Paris, Doin. Fr. $2\frac{1}{2}$.

KNOLL Phpp. Ueber Myocarditis u. die übrigen Folgen der Vagussection bei Tauben. Mit 2 Tfln gr. 8. Prag, Tempsky. M. 1.60.

— Ueber den Einfluss modificirter Athembewegungen auf den Puls d Menschen. Mit Holzst. u. 2 lith. Beilagen. gr. 8. Ebd. M. 1.

LANGE W. Lehrbuch der Geburtshülfe f. Hebammen. 5 Aufl. gr. 8. Leipzig, Fues. M. 6.

MARCUS. Die Medicinalreform im Anschluss an die Reform der ärztlichen Kunstausübung. Eine forensisch-medicin. Studie. 8. Parchim. Wehdemann. M. 1.

ORTH W. Ueber die Immunität der Mutter bei Syphilis d. Vaters u. angeborner Syphilis der Kinder. gr. 8. Heidelberg, C. Winter. M. 0·80.

PAULIER A. B u. F. HÉTÉT. Traité élémentaire de médecine legale. 2 vol. Av. fig. et 24 pl. col. 18. Paris. Doin. Fr. 18.

Sprostowanie Na str. 378, w szpalcie 2éj w. 7 od góry zam. „nadmiarowe zaś dłuższe,“ winno być „niedomiarowe zaś dłuższe.“—Na str. 368, w przypisku w. 7 od dołu zam. 1833, winno być 1863.

W zastępstwie redaktora: **Dr. A. Kwaśnicki.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej pół tora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Ulica Podwale Nr. 84.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuję: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Boulv. Voltaire 180, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 16 lipca 1881. № 29. Rok XX.

I. Z prywatnéj kliniki chirurgicznéj Dra Rydygiera w Chełmnie n/W.

10 przypadków laparotomii.

Napisał Dr. Rydygier.

Przyczynek ten kazuistyczny, którego przypadki poszczególne jako takie zasługują na nieco uwagi, ma zarazem dowieść, że nie jesteśmy uprzedzeni na korzyść sprayu, a tém samém ma podwyższyć znaczenie wywodów rozprawy poprzedniéj.

We wszystkich niżéj opisanych 10 przypadkach laparotomii, wykonanych w klinice naszéj w niespełna 1½ roku, nie używaliśmy sprayu, skłaniając się do zapatrywania tych, którzy twierdzą, że należy się wystrzegać oziębienia jelit przez spray i podrażnienia przez rozpylony kwas karbolowy. Ani razu w tych przypadkach nie spostrzegaliśmy zapalenia otrzewny. Laparotomiję wykonaliśmy w następujących przypadkach:

Nr. 1—3. Trzy przypadki wycięcia jajników; 2 ze znacznemi zrostami, obok niezwykłéj wielkości guzów.

Nr. 4 i 5. Dwa przypadki wycięcia całéj macicy wraz z jajnikami; z tych jeden zakończył się śmiercią.

Nr. 6. Przypadek kastracyi

Nr. 7. Przypadek wycięcia raka odźwiernika żołądkowego ze śmiertelném zejściem.

Nr. 8 i 9. Dwa przypadki nacięcia próbnego przy guzach jamy brzusznéj.

Nr. 10. Przypadek wycięcia kawałka kiszki celem wyleczenia przetoki kałowéj; wyzdrowienie.

Z tych 10 laparotomij dwie zakończyły się śmiertelnie, ale nie w skutek zakażenia, lecz wycieńczenia sił u operowanych. Chociaż wszystkie te przypadki laparotomii w liczbie dziesięciu wykonane bez sprayu przebiegały bez zakażenia, nie zamierzam wnioskować jakoby spray był niepotrzebną częścią sposobu przeciwgnilnego. Przeciwnie, sądzę że tylko będąc przeświadczony o ważności mgły mogłem otrzymać tak dobre wyniki pod względem *asepsis*: opuszczając bowiem jeden ochraniający czynnik sposobu przeciwgnilnego, musiałem tém skrupulatniéj zastósować resztę, a nadto starać się przez nadzwyczajne środki zapobiegawcze zastąpić brak mgły. Mamy w naszéj klinice prywatnéj osobny pokój do laparotomii, odwietrzany dokładnie na kilka dni przed każdą operacyją i wykadzany karbolem. Zwykle już dzień przed operacyją spray parowy przez kilka godzin jest czynnym, a w każdym razie przynajmniéj przez 2 godziny przed operacyją. Narzędzia i ręce oczyszczamy i odwietrzamy 5% karbolem z n a d z w y c z a j n ą s k r u p u l a t n o ś c i ą, jakiéj przy zwykłych codziennych operacyjach nie moglibyśmy zawsze stósować, choćbyśmy chcieli. Z podobną troskliwością wystrzegamy się zanieczyszczenia rąk i narzędzi podczas operacyi. Stoły do narzędzi pokryte są gazą antiseptyczną; chory okryty nieprzemakalną, karbolem zmytą, tkaniną, zaopatrzoną w odpowiednie wycięcie, którego brzegi osmarowane przylepcem późniéj szczelnie się przylepiają na około pola operacyjnego; dwojaka z tego korzyść: raz ochraniamy chorego przed zbyteczném przemoczeniem i oziębieniem; powtóre zabezpieczymy się, żeby nie zanieczyszczać podczas operacyi rąk naszych i narzędzi przez stykanie się z nieczystemi w pojęciu *asepsis* przedmiotami, jak ubiorem i ciałem chorego i t. d.

Krótko przed operacyją badamy jeszcze raz dokładnie narzędzia leżące w karbolu, i wtenczas jeszcze nieraz mamy sposobność do naprawienia tego lub owego: mianowicie trudno nadzwyczaj pincety do tętnic (używamy Langenbeckowskich) tak dokładnie wyczyszczać, żeby w rowkach i w niepotrzebnie głębokich dziurkach na końcu ramion nie było ani najmniejszego śladu zanieczyszczenia. Rozumie się że tuż przed operacyją jeszcze raz ręce i pole operacyjne zmywamy i odwietrzamy.

Jeżeli w ten sposób wszystko dokładnie i skrupulatnie przygotowaliśmy, natenczas jesteśmy zupełnie pewni, że *asepsis* nam się udać musi i bez obawy nie używamy sprayu. Przyznaję atoli otwarcie, że uważam za niemożliwe, wszyst-

kie te środki ostrożności z tą samą skrupulatnością stosować przy każdéj codziennéj operacyi, pomimo niezbyt wielkiego materyjału, jakim rozporządzam. Z téj też przyczyny zachowamy jeszcze spray przy innych operacyjach, o którym, jak nam się zdaje, w pierwszéj rozprawie dowiedliśmy, że jest w stanie jeszcze w ostatnim momencie niektóre usterki naprawić.

Ciepłota pokoju wynosi 20—24° R.

Przystąpimy teraz do opisu, o ile możność krótkiego, poszczególnych przypadków:

I. Trzy przypadki wycięcia jajników zwyrodniałych.

Pierwsze dwa przypadki opisaliśmy już w Nrze 13 i 14 Przeglądu Lek. z r. 1880.

3. Anna Reck, 66 lat licząca, pochodzi z familii w któréj, o ile jéj wiadomo, nie bywało żadnych chorób dziedzicznych. W 16 roku dostala po raz pierwszy miesiączki i miewała ją regularnie do 48 roku; 7 razy rodziła, raz bliźnięta, ostatni raz przed 24 laty; wszystkie dzieci sama karmiła. Zawsze była zdrową aż do czasu, kiedy na obecne cierpienie zaczęła chorować. Od 7 lat czuje się już nie zupełnie zdrową: z początku miała tylko uczucie ciężaru w pochwie, jakby macica miała wypaść i *globus hystericus;* w rok później spostrzegła guz w brzuchu, który od tego czasu powoli rósł; w ostatnim czasie występowały niekiedy bóle przy oddaniu moczu; stolec niezaparty. W czasie swéj obecnéj choroby zapadla raz na nerwową febrę (przed $1^1/_2$ rokiem); raz cierpiała na zimnicę; a przed 4 tygodniami była 3 tygodnie obłożnie chorą, prawdopodobnie na zapalenie otrzewny, bo gorączkowała i miała bóle w prawéj stronie brzucha.

Badanie dnia 3/VIII. 1880. Chora znacznie wynędzniała z brudno-żółtą cerą twarzy. Skóra sucha; ciepłota niepodwyższona; nie spostrzegamy obrzmień gruczołów, ani wrzodów, ani wyrzutu; na podudziach cokolwiek rozszerzone żyły i nieznaczna puchlina podskórna; sutki zanikłe, brodawki wystające.

Wymiary brzucha: 1) Obwód w wysokości pępka 132 cm., 2) od końca wyrostka mieczykowatego do pępka 39 cm., 3) od pępka do spojenia łonowego 31 cm., 4) od prawego kolca biodrowego przedniego górnego do pępka 37 cm., 5) od lewego kolca biodrowego górnego przedniego do pępka 33 cm.

Z tych wymiarów widać do jak niezwykle wielkich rozmiarów był brzuch rozszerzony. Guz w niém zawarty jest poruszalny, o gładkiéj powierzchni, wypełnia całą jamę brzuszną, zrostów nie można wykryć, mianowicie w małéj miednicy, ściany brzuszne nie zbyt cienkie, liczne smugi białawe, chełbotanie nie bardzo wyraźne, falowanie tylko w prawéj stronie; trzeszczenia nie ma, ani bólów za dotknięciem ścian brzusznych; odgłos z przodu stłumiony, w okolicy lędźwiowéj jelitowy na ograniczoném miejscu; brak objawów widocznych ucisku guza na inne przyrządy prócz wzmiankowaéj już puchliny podskórnéj obu goleni.

Badanie miejscowe macicy: Nieznaczne pochylenie ku lewéj stronie i małe przodozgięcie; jama maciczna $2^3/_4$ cala długa; część pochwowa przedstawia krótki i szeroki czopek; pochwa bardzo rozszerzona. Badanie reszty narządów nie wykazało żadnych nieprawidłowości.

Rozpoznanie: Torbiel jajnika. Który jajnik zajęty, trudno oznaczyć dla ogromnych rozmiarów guza wypełniającego cały brzuch.

Rokowanie nie jest zle, mimo wielkości guza i wieku choréj.

Operacyję wykonaliśmy dnia 5 sierpnia 1880 r. w naszym zakladzie, przestrzegając skrupulatnie wszystkich na wstępie opisanych środków sposobu przeciwgnilnego. Asystencyję przyjąć raczyli prócz asystenta klinicznego kol. Wehra, Dr. Batka, Dr. Szuman i radca zdrowia Dr. Wiener. Do narkozy użyliśmy czystego chloroformu, gdyż, jak to już przy opisie poprzednich 2 owaryjotomij nadmieniłem (l. c.), nie widzieliśmy żadnéj korzyści po używaniu mięszaniny Billrotha.

Cięcie skórne wykonaliśmy w białéj linii, rozpoczynając $2^1/_2$ cm. nad spojeniem łonowém a kończąc na 3 palce poprzeczne ponad pępkiem. Liczne zrosty ze siecią, z których jeden przyczep z jelitem na 15 cm. był długi, oddzieliliśmy w części ręką, w części przecięciem pomiędzy dwoma podwiązaniami katgutowemi; następnie nakłuliśmy torbiel trójgrańcem Wellsa, poczém wypłynęło około 15 kl. (30 funtów) płynu; następnie dalsze oddzielanie zrostów; podwiązanie szypułki w kilku odstępach katgutem Nr. 3 i zapuszczenie szypułki do jamy otrzewnowéj; szypułka była krótka i szeroka; krwawienia nie mieliśmy prawie żadnego; drugi jajnik zdrowy; macica także. Po dokładném oczyszczeniu jamy brzusznéj połączyliśmy ściany brzuszne przeszło 30 głębokiemi i powierzchownemi szwami z karbolizowanego jedwabiu. Wszystkie szwy przeszywały i otrzewnę. Sączka nie założyliśmy żadnego; opatrunek Listera.

Mimo tak znacznych zrostów guza że siecią i jelitami *asepsis* zupełnie się udała; rana zagoiła się pod dwoma opatrunkami, i chora wyleczona opuściła po 20 dniach zakład; najwyższa ciepłota wynosila 37,6° C. Ściany torbiela ważyły 10 kilo (20 funtów), a więc wszystko razem 25 kilo (50 funtów)

W końcu wspomnieć mi wypada o małém lecz nieprzyjemném powikłaniu: po nakłuciu torbiela trójgrańcem Spencer Wellsa nic nie wypływało cewą do kubła; pokazało się później, że krążek tkanki, wycięty trójgrańcem ze ścian torbiela, tak ustawił się przypadkiem w cewie, że zatkał zupełnie jéj światlo.

II. Dwa przypadki wycięcia całéj macicy wraz z jajnikami sposobem Freund-Rydygiera.

Przypadki oba opisane już w Przeglądzie Lek., a pierwszy prócz tego w *Berl. klin. Wochenschrift* Nr. 45, 1880; pierwszy zakończył się śmiercią, drugi wyzdrowieniem. Ponieważ następowy stan drugiéj pacyjentki zasługuje na uwagę, więc donoszę że niedawno zasięgałem wiadomości o niéj i upewniłem się że ma się zupełnie dobrze. W końcu nadmieniam jeszcze, że zupełnie podobne do moich zmian proponował niedawno sam Freund.

III. Przypadek kastracyi.

Przypadek ten mało się różni od podobnych przypadków tego rodzaju i dla tego, o ile możności, w krótkości go tylko opiszę: Panna C. R., 49 lat mająca, pochodzi ze zdrowéj rodziny i sama nigdy obłożnie nie chorowała. W 16 roku poczęła miesiączkować, regularność była do 36 roku życia zawsze obfita, nieraz 8—10 dni trwającą. W 36 roku miesiączkowanie ustało, jak utrzymuje, po zaziąbieniu i nie miała go przez 8 lat. Po odpowiedniém leczeniu regularność powróciła.

Obecnie skarży się chora na bóle w krzyżach i brzuchu, oraz na kurcze w piersiach. W skutek tego cierpienia chora jest źle usposobiona, płaczliwa, grymaśna, często tak bardzo

„cierpiąca, że napewne sądzi, że umrzeć wkrótce musi“. Mimo najrozmaitszego leczenia stan jéj się nie polepszał, przeciwnie coraz to więcéj pogarszał, tak że ostatecznie tylko podskórnemi zastrzykiwaniami morfinu kolega ordynujący mógł dla niéj i dla siebie spokój na kilka godzin uzyskać. Chora więc z największą skwapliwością pochwyciła myśl, którą jéj zaproponował domowy lekarz jako ostateczny środek: wycięcie jajników.

Wskazanie rzeczywiste i przedmiotowe do téj operacyi stanowiło dość znaczne powiększenie prawego jajnika, gdzie téż chora największe bóle czuła i zkąd się zwykle rozchodziły. Prócz tego badanie reszty narządów wykazało nieznaczne zgęszczenie prawego szczytu i nieżyt oskrzeli z dość obfitą plwociną ropiastą.

Operacyję wykonaliśmy po zwykłém przysposobieniu i w zwykle używany sposób: cięcie brzuszne 7 cm. długie w *linea alba;* obrąbienie brzegów rany otrzewną; wyjęcie na zewnątrz jajników było utrudnione grubemi tłustemi i naprężonemi ścianami brzusznemi; następnie podwiązanie szypułki jajników katgutem w kilku odstępach i zeszycie ścian brzusznych katgutem. *Asepsis* udała się zupełnie; najwyższa ciepłota dochodziła do 38.0° C., a po 3 dniach obniżyła się do prawidłowéj. Z początku po operacyi ustąpiły bóle w krzyżu i brzuchu, również jak i inne dawniejsze dolegliwości, ale wkrótce powróciły i trwały aż do śmierci, która w kilka miesięcy po operacyi, podobno w skutek suchot nastąpiła. Żałować należy, że nie mogliśmy zrobić badania pośmiertnego, gdyż byłoby nader ciekawą dla nas rzeczą zbadać stan miejscowy na około wyciętych jajników.

IV. Przypadek wycięcia odźwiernika żołądkowego.

Już opisany w Przeglądzie Lek i *D. Z. f. Chir.* Niektóre uwagi, które mi się po owém ogłoszeniu nasunęły w skutek dalszego zajmowania się tym przedmiotem podam w osobnéj pracy.

V. Dwa przypadki nacięcia próbnego przy guzach jamy brzusznéj.

Pierwszy przypadek (Anna Hansel) dotyczy kobiety 56 lat liczącéj z guzem jamy brzusznéj obok znacznéj puchliny. Choroba się rozpoczęła przed 3 laty.

Po otworzeniu jamy brzusznéj znaleźliśmy, obok wielkiéj ilości płynu, jeden guz wielki *(carcinoma)* i rozsiane guzki rakowate po całéj przestrzeni otrzewny. Nie można było myśleć o wycięciu tego guza, zeszyliśmy więc ściany brzuszne napowrót i wysłaliśmy chorą po 2 tygodniach z przepaską brzuszną do domu.

Najmniejszy odczyn nie nastąpił po tym rękoczynie. Tyle tylko dodać muszę, że chora mimo naszego zapewnienia o rychłéj jéj śmierci, wypowiedzianego w obec jéj rodziny, żyła jeszcze pół roku i pracowała; późniejszych wiadomości nie mamy.

Również bez odczynu przebiegał i następny przypadek, zasługujący o tyle na uwagę, że mimo utrudniających okoliczności, rozpoznaliśmy w nim raka odźwiernika i rozpoznanie się potwierdziło.

Kiedy po pierwszéj operacyi wycięcia odźwiernika pilniejszą uwagę zwróciliśmy na ten przedmiot, znaleźliśmy w przeciągu 3—4 miesięcy 3 przypadki raka odźwiernika; liczba wymownie wskazująca ważność powyższéj operacyi, jeżeli w tak krótkim czasie aż 3 przypadki natrafiliśmy w ambulatoryjum wynoszącém około 2000 chorych na rok.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. Badanie przyrządu wzrokowego w celu rozpoznawania jego chorób.

Wykłady kliniczne.

Podał Prof. Dr. **Lucyjan Rydel.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 28).

Badając **tęczówkę** zwracamy uwagę naszą na jéj barwę, utkanie, położenie razem z postacią, tudzież na jéj brzegi.

Barwa tęczówki, tak różna u różnych osób, zawisła, jak wiadomo, od ilości barwika, zawartego w powierzchownych warstwach jéj tkaniny. Jeżeli te wolne są zupełnie od barwika, tęczówka wydaje się niebieską skutkiem interferencyi światła. W miarę zaś większéj lub mniejszéj ilości barwika zabarwienie tęczówki bywa najrozmaitsze: jasno szare, bure, zielonkowate, piwne, cisawe, wreszcie ciemno brunatne, niemal czarne. Barwa nie jest zazwyczaj wszędzie jednakowa, małe koło mianowicie bywa w tęczówkach jasno zabarwionych ciemniejsze, w tęczówkach zaś ciemnych jaśniejsze. Prócz tego znachodzimy, osobliwie w tęczówkach jaśniéj zabarwionych, nierzadko ciemniejsze, rdzawe i brunatne, mniéj więcéj duże i liczne plamki, a wyjątkowo nawet jednę tęczówkę jasno, drugą zaś ciemno zabarwioną. Pominąwszy wszystkie te wrodzone odmiany zabarwienia, które znać trzeba żeby ich za chorobowe nie wziąć, barwa tęczówki ulega w stanie chorobowym bardzo często zmianom, mającym wielkie znaczenie rozpoznawcze. Już każde silniejsze przekrwienie tęczówki wywołuje zmianę jéj barwy, która w razie zapalenia jeszcze wyraźniéj występuje. Prócz tego zanik tęczówki pociąga za sobą zmianę jéj barwy, którą nie trudno od zmian zapalnych odróżnić. Skutkiem zapalenia jasne tęczówki zmieniają swoją barwę na zielonkowatą, zwłaszcza w kole dużém; tęczówki ciemno zabarwione przybierają natomiast odcień szarawy, płowy z powodu obecności szaréj wypociny; w razie zaś silnego zapalenia barwa wpadać może w czerwonawą. Zanik pozbawia tęczówkę zupełnie połysku, który w zapaleniu bywa zazwyczaj tylko zmniejszony, a barwę jéj zmienia na brudno łupkowo lub ołowiowo popielatą, bez względu na to, jaką pierwotnie była.

Powierzchnia tęczówki nie jest jednostajnie gładką, lecz okazuje mnóstwo delikatnych włókienek, jakby lekko wyniosłych prążków i zmarszczek, a pomiędzy niemi liczne, płytkie dołki *(Cryptae iridis)*. Prążki te nie są niczém innem jak tętniczkami, których ściany stosunkowo grube nie przepuszczają czerwonéj barwy krwi. W kole dużém układają się te prążki, skutkiem licznych rozgałęzień i ich z sobą połączeń, w piękną siatkę, podczas gdy w kole małém przebiegają gęste a drobne zmarszczki równoległe do siebie, a promienisto ku źrenicy i nadają mu podobieństwo do karbowanéj krezki damskiéj. Ten właściwy, wzorzysty rysunek, cechujący **utkanie** tęczówki zdrowéj, zaciera się i staje niewyraźnym skutkiem zapalenia i zaniku. W zapaleniu tkanina obrzmiewa i grubieje, tęczówka przybiera więc wejrzenie

pulchne, gąbczaste lub pilśniowate, a rysunek jéj staje się tém samém mniéj wyraźny, jakby zamazany. Tęczówka dotknięta zanikiem jest przeciwnie cieńszą, miejscami prawie przeświecającą, przybiera wejrzenie mniéj miąższe, wygląda chudo, a ztąd pochodzące wygładzenie i zatarcie rysunku przypomina mimowoli sukno mocno znoszone, cieńsze i zszarzane. Uwzględniając równocześnie zmiany barwy i utkania tęczówki nie będziemy nigdy w kłopocie mając rozstrzygnąć czy ich przyczyną jest zanik, czy też zapalenie.

Położenie i postać tęczówki. Tęczówka ma położenie w przybliżeniu prostopadle do osi ocznéj. Płaszczyzna położona przez jéj obwód, przyczepiony stale do ciałka rzęskowego, przecięłaby twardówkę około 2 mm. po za brzegiem rogówki. Małe koło tęczówki spoczywa przy źrenicy wąskiéj i średniéj ruchomo na soczewce; od jéj położenia, postaci i grubości zależy więc położenie brzegu źrenicznego, a tém samém i głębokość komórki przodkowéj. Powierzchnia tęczówki w oku prawidłowém przybliża się od brzegu rzęskowego ku brzegowi źrenicznemu do rogówki i przedstawia się lekko ku przodowi wypukłą. Oceniając wypukłość i położenie tęczówki pamiętać należy, że ją widzimy przez rogówkę i ciecz wodną, załamujące światło jak soczewka skupiająca. Z tego powodu tęczówka wydaje nam się zawsze wypuklejszą i bliższą rogówki (a źrenica większą), niż nią jest rzeczywiście. Ta zależność położenia i postaci tęczówki od położenia, postaci i grubości soczewki sprawia, że komórka przodkowa jest u noworodków z powodu większéj wypukłości soczewki, a u starców z powodu jéj przybliżenia się do rogówki płytszą aniżeli w innych porach życia, a daléj, że w oczach krótkowidzących komórka jest głębszą a tęczówka więcéj płaską, w nadmiarowych zaś komórka płytszą a tęczówka wypuklejszą aniżeli w oczach miarowo zbudowanych. Chorobowe zmiany postaci i położenia tęczówki wydarzają się bardzo często i mają wielką doniosłość rozpoznawczą, należy więc w każdym przypadku tak na ich rodzaj jak i stopień baczną zwracać uwagę. Przyczyny tych zmian są tak mnogie i rozmaite, że nie podobna mi wyliczać ich tutaj choćby pobieżnie, poprzestanę więc na ogólnéj tylko wzmiance, że tak cierpienia rogówki i saméj tęczówki, jak choroby ciałka rzęskowego i szklanego, jaskra, wreszcie pierwotne zmiany soczewki co do położenia, postaci i grubości wywołują zmiany w położeniu i postaci już to pewnych części, już też całéj tęczówki, a tém samém głębokości i postaci komórki przodkowéj. Zmiany położenia i postaci tęczówki bywają różnego stopnia i rodzaju. Co do pierwszego to tęczówka może w ogólności uledz wyparciu ku przodowi lub zapaść się ku tyłowi, tak cała jak tylko swoim brzegiem rzęskowym lub źrenicznym. Lekka wypukłość jéj powierzchni zmienia się niekiedy w istne garby, mniéj więcéj ku przodowi wyparte, lub aż do saméj rogówki przyparte, w innych zaś przypadkach wypukłość prawidłowa ustępuje miejsca mniéj więcéj wyraźnéj wklęsłości, tak, iż tęczówka przedstawia płytki lejek, którego mały otwór tworzy źrenica, leżąca głębiéj od obwodu tęczówki. Badając postać i położenie tęczówki przekonać się zarazem należy czy ona nie drga i nie faluje przy silniejszych ruchach oka, co jest bardzo ważnym objawem chorobowym, dowodzącym, że soczewka z jakiegokolwiek powodu nie podpiéra tęczówki należycie lub wcale.

Nie mniéj ważném jest **badanie źrenicy**, które uwzględnić ma jéj postać, wielkość, ruchomość i barwę. Źrenica nie leży ściśle w samym środku tęczówki, lecz cokolwiek ku dołowi i wewnątrz.

Postać jéj okrągła zmienia się w stanie chorobowym w najrozmaitszy sposób. Skutkiem jaskry n. p. źrenica staje się najczęściéj pionowo lub skośnie owalną; przyczepiny tylne nadają jéj najrozmaitszą, nieregularnie kątowatą postać; przyczepiny przodkowe zamieniają ją często na rozporkowatą, gruszkowatą itp. Zmiana postaci zrządzona przez przyczepiny tylne niekiedy występuje dopiéro, w każdym razie zaś staje się wyraźniejszą po zapuszczeniu atropinu, którego użycie jako środka rozpoznawczego nie powinno przeto być zaniechane w żadnym przypadku, podejrzanym o obecne lub przebyte zapalenie tęczówki. Na szczególną uwagę zasługuje brzeg źreniczny, mianowicie czy jest, jak w stanie prawidłowym równy lub może wystrzępiony, małemi brunatnemi wyroślami jakby frendzelkami obsadzony. Barwik powlekający tylną powierzchnię tęczówki wystaje cokolwiek w źrenicę i obrębia jéj brzeg wąziutką czarną obrączką, którą w stanie prawidłowym za pomocą lupy, a na szarém tle zaćmy nawet gołém okiem widzieć można. W zapaleniu tęczówki barwik ten wysuwa się bardziéj w obręb źrenicy zabarwiając przyczepiny tylne, a po ich pęknięciu dobrowolném, lub rozerwaniu sztuczném zalega na torebce przodkowéj w postaci brunatnych kropek tworzących niekiedy zupełne koło, ale najczęściéj tylko mniéj więcéj znaczny jego odcinek, jako niezbity dowód przebytego dawniéj zapalenia tęczówki.

Wielkość źrenicy, regulowana działaniem dwóch przeciwniczych mięśni celem miarkowania ilości światła, wpadającego do oka, jest bardzo zmienną w miarę chwilowego pobudzenia obu tych mięśni, a ma się w stosunku odwrotnym do szerokości tęczówki. W stanie zupełnego spoczynku tak zdziergacza jak rozszerzacza (po śmierci) średnica jéj wynosi podług Henlego od 3 do 6 mm. Na średni jéj wymiar u żywego mają wpływ wiek i refrakcyja oka. U osób młodych źrenica jest szerszą, a z wiekiem staje się węższą. Oczy niedomiarowe mają szerszą, nadmiarowe zaś węższą źrenicę aniżeli miarowe. Bez względu na te różnice, zawisłe od wieku i refrakcyi, źrenica zwęża i rozszerza się w stanie prawidłowym w obu oczach jeżeli do jednego z nich (lub do obu) wpada kolejno to większa, to znów mniejsza ilość światła, a zjawisko to nie jest, jak wiadomo, skutkiem bezpośredniego działania światła na tęczówkę, lecz odruchem, wywołanym w ten sposób, że pobudzenie siatkówki przez światło przenosi się po włóknach nerwu wzrokowego do mózgu, gdzie za pośrednictwem ośrodka odruchowego przerzuca się na włókna obu nerwów okoruchowych, zaopatrujących ździergacze źrenic (za pośrednictwem nerwów rzęskowych). Sposobem odruchu również zwęża się źrenica po zadrażnieniu gałązek czuciowych nerwu troistego, a mianowicie jego gałęzi ocznéj. Źrenica zwęża się daléj przy stósowaniu oka do pobliża, a nadto niezależnie od akomodacyi przy zbieżności osi ocznych, t. j. przy wpatrywaniu się w przedmioty bliskie, choćby się oko do ich odległości nie stósowało; rozszerza się zaś gdy osie oczne przy patrzeniu w dal przybierają kierunek równoległy.

Chorobowe zmiany średniego rozmiaru źrenicy są bardzo częstym i ważnym przypadem rozpoznawczym, że wspomnę tylko o zwężeniu źrenicy jako stałym objawie zapalenia tęczówki, a jéj rozszerzeniu w jaskrze. Najbliższą przyczyną zwężenia bywa kurcz ździergacza (zadrażnienie nerwu

okoruchowego), lub porażenie rozszerzacza (nerwu współczulnego); najbliższą zaś przyczyną rozszerzenia kurcz rozszerzacza, lub porażenie żdziergacza. Odpłynięcie cieczy wodnéj, brak soczewki, tylne przyczepiny lub zarośnięcie źrenicy błoną rzekomą łączą się z jéj zwężeniem; podwyższenie zaś ucisku śródocznego i zanik tęczówki przy wolnym brzegu źrenicznym z rozszerzeniem źrenicy.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

Jodoform w chirurgii. Podał Dr. Henryk Mendelsburg.

Jodoform albo *carboneum hyperjodatum* (CHJ_3), jak go wynalazca Serullas (1822) nazwał, używany był dotychczas w medycynie przeważnie jako *resorbens* w tych samych wskazaniach, w których podajemy jod; działanie bowiem pierwszego uważano za jednozgodne z działaniem drugiego z téj przyczyny, iż z jodoformu uwalnia się w organizmie jod, który się późniéj w moczu jako jodek sodowy znachodzi. Z postępem czasu zaczęto podawać jodoform tak zewnętrznie jak i wewnętrznie, w kile i gruźlicy. Co się tyczy choroby ostatniéj, to przypisywano jodoformowi pewną właściwą siłę przeciwgruźliczą (*vis antituberculosa)*, która jednak okazała się zwodniczą, jak tyle innych środków przeciwko gruźlicy stósowanych.

Wewnętrznie podawano jodoform przeważnie w pigułkach, najwięcéj 0·12 na dzień, zewnętrznie w kształcie maści z gliceryną *kolodium* lub waseliną. Nieprzyjemna woń jodoformu jest jedną z głównych przyczyn że takowy do téj chwili nie zdołał się rozpowszechnić tak w praktyce szpitalnéj jak i prywatnéj. W celu zobojętnienia téj nieprzyjemnéj, a dla niektórych nieznośnéj, woni radzono dodawać jako *corrigens* albo *Ol. menth. pip.* (Gutsch) lub *Bals. peruv.* (Rodzewicz).

Prof. Mosetig-Moorhof, prymaryjusz oddziału chirurgicznego szpitala wiedeńskiego, pierwszy zastósował jodoform w chirurgii jako dzielny środek przeciwgnilny i przeciwgruźliczy w sprawach zlokalizowanych, przystępnych dla noża chirurga, aplikując go bezpośrednio na miejsce cierpienia. Co do pierwszego wskazania, opiera się głównie Mosetig na doświadczeniach Mikulicza i Panetha, którzy pozwolili gnić cieczom organicznym bez jodoformu i z przymieszką takowegoż. Podczas gdy pierwsze ciecze już po 2 dniach wydawały gnilną woń i były przepełnione bakteryjami, ciecze ostatnie nie gniły zupełnie, woń jodoformu zachowywały przez czas długi a bakteryj w nich odkryć nie było można. Mosetig stawia sobie pytanie, czy jodoform może zastąpić w chirurgii kwas karbolowy, a powtóre czy potrafi on powstrzymać sprawy lokalno-gruźlicze, a przynajmniéj zapobiedz ich recydywie. W tym też celu przeprowadził on szereg doświadczeń na chorych swego oddziału, a wyniki ogłosił w trzech pracach, drukowanych tego roku w „*W. med. Wochenschrift.*“ W pierwszéj swéj rozprawie (*Jodoform als Verbandmittel nach Operationen wegen fungöser Processe)* przytacza historyje 16tu chorych. Wszyscy ci chorzy cierpieli na sprawy gruźlicze w stawach lub kościach. Wiemy z doświadczenia jak rany pooperacyjne w obec takich stosunków powoli się goją, czasem zupełnie nie chcą się zabliźnić a chirurgowi nie pozostaje nic innego jak wypiłowanie kości lub odjęcie członka. König w ten sposób mówi o zabliźnianiu się pooperacyjném tego rodzaju ran: „Rany goją się początkowo do 3 lub 4 tygodnia zupełnie prawidłowo. Nagle bujają nowe granulacyje, już to z otworu, który wpierw drenowano, już też z niezupełnie pokrytej przybłonkiem blizny. Ziarniny te przybierają charakter gruźliczych, rozpadają się, ropieją i wrzodzieją, przedstawiając tym sposobem jakby recydywę. Pod jodoformem zaś granulowały tego rodzaju rany według spostrzeżeń Mosetiga szybko a przebieg zabliźniania nie różnił się niczém, od przebiegu ran świeżych i zdrowych.

Na potwierdzenie niechaj posłuży historyja jednego chorego:

H. 30 lat, przyjęty 20 kwietnia. Na szyi kilka blizn, po zropiałych gruczołach limfatycznych. Płuca zdrowe. Okolica prawa kostki zewnętrznéj nabrzmiała, skóra połyskująca, gładka. W dwóch miejscach wrzodziki wielkości soczewicy w głąb drążące, wydzielają ropę wodnistą. Sonda wykazuje pruchnienie kości. Staw utrzymany. 5 maja przystąpiono do operacyi. Skórę w kierunku zatok przecięto i natrafiono na ziarniny, które wypełniały przestrzeń między ścięgnami mięśni piszczeli i ścięgnem Achillesa. Za pomocą łyżki Vollkmanna zniszczono te ziarniny i wyskrobano gruntownie chorą kość. Opatrunek Listera. Do 25 maja zabliźnienie postępuje zwykłym torem, od dnia tego jednak ziarniny przybierają charakter gruźliczych, krwawią i podczas gdy w jednym miejscu w nadmiar bujają, w drugiém obumierają. Mimo przypiekania za pomocą *Plumbum subnitricum* i zwykłym kamieniem piekielnym, zabliźnianie nie postępuje ani kroku. 20 czerwca przystąpiono do nowego łyżeczkowania tak kości jak i części miękkich. a całe pole operacyjne wysypano sproszkowanym jodoformem, na to dano watę Brunsa i papier gutaperkowy. Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy. W moczu *1 per mille* jodku sodu. Po 10 dniach zmieniono opatrunek, wymyto ranę czystą wodą. Ziarniny zupełnie zdrowe. Chory z końcem lipca zupełnie uzdrowiony zakład opuścił.

W dwóch późniejszych rozprawach, przytacza Mosetig wyniki, jakie otrzymał używając jodoformu ściśle jako środka przeciwgnilnego, bez zastosowania do opatrunku kwasu karbolowego. Jodoformu używa on czystego sproszkowanego, którym za pomocą puszek, jakiemi posługują się cukiernicy w celu posypania ciasta cukrem, wysypuje całą przestrzeń operacyjną, i dopiero zrobiwszy to, zespaja ranę szwami. Bezpośrednio na ranę, przykłada albo odtłuszczoną watę i papier gutaperkowy, lub jak to robi od miesiąca, gazę nasyconą rozczynem jodoformu. Tego rodzaju opatrunek zostawia tak długo, aż takowy nie przesiąknie wydzieliną, na co w jednym przypadku 21 dni czekał. Choremu więc 21 dni opatrunku nie zmieniał. Przeważnie jednak kładzie nacisk na to, aby nie szczędzić papieru gutaperkowego, lecz prawie hermetycznie całą ranę nim okryć radzi.

W celu pobudzenia ziarnin w zatokach sporządza Mosetig laseczki elastyczne, zawierające w sobie na odpowiednią część żelatyny $^1/_{10}$ jodoformu. Laseczki te, które dają się w wodzie zimnéj dosyć długo przechowywać, wprowadzone do zatoki rozpływają się. Za pomocą laseczek tych goją się zatoki stare, które dotychczas wszelkim innym środkom leczniczym zacięty opór stawiały.

Jako dodatnie więc strony jodoformu przytacza następujące:

1) Lokalne sprawy gruźlicze w stawach i kościach wstrzymuje, jest więc nieodzownym w chirurgii konserwatywnéj.

2) Ciepłoty pooperacyjnéj nie podwyższa, takowa prawie po wszystkich operacyjach była normalną.

3) Ropienie mniejsze jak przy opatrunku karbolowym.

4) Opatrunek nie wymaga częstéj zmiany.

5) Jest bardzo pojedynczy i tani

6) Nie uważał téż nigdy zatrucia jodoformem, chociaż jod w moczu przez długi czas się utrzymywał.

Aby zobojętnić nieprzyjemną woń tego leku, wkłada Mosetig, do flaszeczki z 100 gr. sproszkowanego jodoformu, bób Tanca (*Semen Tanco*), nasienie rośliny *Dipteryx odorata*, która swój zapach migdałowy zawdzięcza obecności kumorinu. Bób ten, nadaje jodoformowi, leżąc z nim przez 1 dzień w dobrze zamkniętéj flaszce, przyjemną woń migdałów.

Prof. Senator: **Ostra gruźlica prosówkowa przedstawiająca wybitny obraz duru brzusznego.**

S. opisując tego rodzaju przypadek ze swojéj kliniki u 42-letniego mężczyzny, u którego ze względu na zachowanie się ciepłoty, obrzęk śledziony i wysypkę na skórze brzucha rozpoznano dur brzuszny, a sekcyja nie wykazała ani śladu duru, lecz gruźlicę prosówkową w obu płucach, przechodzi krytycznie poszczególne objawy duru brzusznego i gruźlicy, chcąc okazać, że żaden z nich, a w niektórych przypadkach, i wszystkie razem nie mają wielkiéj dyjagnostycznéj wartości. I tak obrzęk śledziony ma najmniejszą wartość w przypadkach wątpliwych, a chociaż Griesinger i Oppolzer brak obrzęku śledziony uważali za cechujący dla gruźlicy ostréj i tém wyróżniali ją od duru, dziś nikt więcéj nie podziela tego zdania, bo prawie bez wyjątku napotykamy w gruźlicy ostréj powiększenie śledziony, może z tego powodu, że odkąd gruźlicę ostrą zaliczamy do chorób zakaźnych dokladniéj śledzionę badamy i więcéj na nią zwracamy uwagi.

Nieco większe znaczenie w rozpoznaniu obu tych chorób przypisują gorączce, rozumie się dokładnie od początku obserwowanéj, chociaż i ta niekiedy może nas w błąd wprowadzić, albowiem, jak Wunderlich przyznaje, gorączka w gruźlicy ostréj przedstawia trzy typy, z których jeden zupełnie jest podobny do typu gorączki durowéj, tak że pewne rozpoznanie zupełnie jest niemożebném i chociaż gorączka w ciągu choroby zachowująca przebieg typowy, bez żadnego zboczenia i większych skoków przemawia przeciw gruźlicy, nie można twierdzić na odwrót, że gdzie takiéj gorączki brakuje, tam nie ma duru brzusznego, już z tego powodu, że często bez ważniejszéj i dostrzegalnéj przyczyny gorączka w ostatniéj chorobie odstępuje od właściwego przebiegu. O tak zwanym zaś *typus inversus* gorączki z większemi rannemi nasileniami ciepłoty, które Brunniche niemal za stały objaw ostréj gruźlicy uważa, da się powiedzieć, że występuje tenże zaledwie w połowie przypadków i to na kilka dni tylko, a zatem w wielu przypadkach nie może sprawy rozstrzygnąć.

Wysypka czyli różyczka na tułowiu ma może największą wartość przy odróżnieniu duru brzusznego od gruźlicy ostréj, ale i o niéj da się powiedzieć to co o innych dodatnich objawach a mianowicie, że jéj może brakować, że z powodu prędkiego zniknięcia lub ciemnego ubarwienia skóry, można ją przeoczyć, z drugiéj strony że w gruźlicy ostréj występuje nieraz wysypka a nawet różyczka zupełnie jak przy durze, a niektórzy pedyjatrzy, jak Rilliet i Barthez, piszą o plamkach na skórze w gruźlicy występujących, jako o rzeczy bardzo zwykłéj i codziennéj.

Ostra gruźlica prosówkowa występuje przeważnie u osób gruźliczych i przy t. zw. *habitus phthisicus*, jest to zdanie słuszne i miałoby wartość rozpoznawczą gdyby znów nie trafiały się wyjątki i gdyby gruźlica nie występowała czasem u osób pozornie zdrowych i silnych, u których z góry o gruźlicy nie myślimy, a do których w każdym razie zaliczony być winien chory Senatora.

Inne objawy uzupełnić tylko mogą obraz chorobowy duru lub gruźlicy a nie posiadają wartości krytycznéj, jak wzdęcie brzucha, skłonność do krwotoków, dwubitne tętno, ogłuszenie w durze brzusznym, a sinica, duszność, nieregularne i niestosunkowo do ciepłoty częste tętno w gruźlicy. W przypadku Senatora brakowało objawów gruźlicy właściwych, a można powiedzieć były wszystkie, które przy durze brzusznym napotykamy, był nawet krwotok z nosa, tak rzadki przy gruźlicy, że go jako osobliwość opisywano w jednym przypadku z kliniki Henocha i przyłączyło się zapalenie ropne ślinianki przyusznéj, powikłanie tak zwykłe przy durze, a prawie jedyne przy gruźlicy ostréj.

Przypadek niniejszy poucza nas, że dopóki rozpoznajemy dur czysto empirycznie, tj. dopóki z danéj grupy objawów wnosimy o istnieniu pewnych zmian anatomicznych jedynie dla tego, że gdzie obserwujemy pierwsze, tam napotykamy zwykle i drugie, nie rozumiejąc i nie pojmując związku między niemi istniejącego, dopóty nie jesteśmy w stanie unikać błędów w rozpoznaniu takich właśnie wątpliwych przypadków jakim był przez Senatora opisany. (*Berl. klin. Woch.* Nr. 25 1881). *Dr. T. W.*

O chłonieniu w żołądku.

H. Tappeiner w Monachijum wykonał kilka doświadczeń, mających na celu zbadanie chyżości chłonienia w żołądku. Kwestyja ta jest dotąd bardzo mało naukowo zbadaną choć przyjęto powszechnie, że chłonienie w żołądku rozpoczyna się już na dobre. Frerichs (*Handwörterbuch der Physiologie* 3 T. 1 str. 826 Uw.) podaje, że serwatka z mleka już w pół godziny po podaniu ulega resorpcyi całkowitéj w żołądku z podwiązanym odźwiernikiem *(pylorus)*. Frerichs zdaje się tutaj opierać na doświadczeniach Gucelina i Tidemanna, których ścisłości dużo można zarzucić. Bouley (*Bulletin de l'Académie de méd.* t. 17) i Colin (*Traité de physiologie comparée* Vol. 2. p. 91) robili doświadczenia ze strychninem i żelasinkiem potasu, zastrzykując takowe do żołądka z podwiązanym odźwiernikiem. Doświadczenia ich wykazały, że zatrucie strychninem najszybciéj występowało u kotów, potém u świń i psów, najwolniéj zaś u koni. Używali oni jednak rozczynów alkoholowych, nie można więc z doświadczeń ich żadnych pewnych wniosków wyciągnąć co do chłonienia prawidłowego u ludzi.

Tappeiner, po podwiązaniu *pylorus*, wprowadzał psom i kotom sondę do *oesophagus* i wlewał dokładnie oznaczoną ilość ciała doświadczanego w rozpuszczeniu. Po kilku godzinach zabijał zwierzę, wyjmował żołądek i znów z całą dokładnością oznaczał ilość ciała wprowadzonego do żołądka za pomocą sondy. W pierwszém doświadczeniu wprowadził psu 8.000 gr. ważącemu, 1.73 g. cukru gronowego i 0.568 siarkanu sodowego. W $3\frac{1}{2}$ godziny zabił zwierzę. Ponowna analiza wykazała 1.63 g. cukru a 0.477 Na_2SO_4. II doświadczenie. Kot 2.100 grm. wagi. Wprowadzono do żołądka 1.28 cukru gronowego, 0.670 tauryny. W 3 godziny zabito zwierzę. Analiza wykazała 1.25 cukru, 0.594 tauryny. III doświadczenie. Pies 7.300 g. ważący. Wprowadzono 10.7 peptonu.

W 3 godziny zabito zwierzę. Znaleziono 9.6 peptonu. Z tego wynika, że żołądek posiada własność chłonienia tylko w bardzo niskim stopniu. Dalej wykonał Tappeiner podobne doświadczenia ze strychninem. Kotowi 1.930 g. wagi zastrzyknął do żołądka rozczyn strychninu 0.03 : 15.0 *Pylorus* nie był podwiązanym. Śmierć nastąpiła w 8 minut. Innemu kotowi, wagi 1.300 g. zastrzyknął do żołądka 0.05 g. w 15.0 wody. *Pylorus* został przed zastrzyknięciem podwiązanym. Śmierć nastąpiła dopiero w 1½ godziny. Do podobnych wyników doszedł Tappeiner w dalszym szeregu tych doświadczeń.

Zupełnie inaczéj zachowywały się rozczyny wyskokowe. Kotu, 2.000 g. wagi, zastrzyknięto do żołądka, po podwiązaniu *pylorus*, 0.04 g. strychninu w 5.00 g. 90% wyskoku i 15.0 wody. Śmierć nastąpiła w 10 minut.

Następnie użył Tappeiner do dalszych doświadczeń psa, 25 kgr. ważącego, ze sztuczną przetoką żołądkową. Za pomocą balonu kauczukowego, do odźwiernika przez przetokę wprowadzonego, mógł osiągnąć albo całkowite, lub tylko częściowe zamknięcie żołądka od reszty przewodu pokarmowego. Tym razem użył T. do doświadczeń wodanu chloralowego. I tutaj przekonał się, że chłonienie w żołądku nadzwyczaj wolno się odbywało, że chłonienie o wiele chyżéj następowało, skoro tylko mała część kiszek cieńkich mogła się stykać z rozczynem chloralu. Rozczyn wyskokowy chloralu o wiele chyżéj ulegał chłonieniu.

Na tym samym psie z przetoką żołądkową powtórzył Tappeiner poprzednie doświadczenie z cukrem gronowym i siarkanem sodowym. I tutaj używał do zamknięcia *pylorus* balonu kauczukowego. Doświadczenia te dały wypadki zgodne z wypadkami poprzednich doświadczeń. W jednem doświadczeniu zastrzyknął T. temu samemu psu cukru w rozczynie alkoholowym. Chłonienie bezwzględnie chyżéj nastąpiło. (*Zeitschrift f. Biologie.* XVI Bd. Zesz. 4).

Dr. L. Kopff.

Wiadomości pomniejsze.

(K. Gr.) **Kwas pikrynowy.** Podskórnych wstrzykiwań kwasu karbolowego używano w Niemczech do miejscowego leczenia róży. W koło części zajętéj robiono wstrzykiwania 1% rozczynu a powtarzano to postępowanie co rano i co wieczór aż gorączka ustała. Wstrzykiwania te zdają się nie sprawiać żadnego miejscowego zadrażnienia. W ostatnich czasach Dr. Flaminio Tassi zalecał w tymże samym celu kwas pikrynowy. Myśl użycia wzbudziły w nim spostrzeżenia że kwas ten dostawszy się do głębszych warstw skóry działa szczmiąco na naczynia a oraz przeciwgnilnie. Można się spodziewać, że szczmiące działanie zmniejszy wędrowanie leucocytów, które jak Wolmann i Steudner okazali towarzyszy rożycowemu zapaleniu skóry. W 4 przypadkach, w których autor używał tego leczenia rozszerzanie się zapalenia zostało skutecznie powstrzymane podczas gdy chorzy nie uskarżali się na żadną niedogodę. Nadto stósowano na miejsce zapaleniem dotknięte okłady z nasyconego rozczynu tego kwasu.

Chéron okazał, iż kw. pikrynowy jest nader dzielnym środkiem przeciwgnilnym. Używano go w Saint-Lazare do odwietrzania wychodków i znaleziono że smród w krótkim czasie został usuniętym. Powstrzymuje on gnicie moczu i uchodzi za pożyteczny środek opatrunkowy ran. Sól potasową podawał Braconnet z dobrym skutkiem jako środek przeciwzimniczy. Dr. Wainwright leczył zimnice z pomyślnym skutkiem pikrynianem amonowym. Podawał go w pigułkach gramowych lub półtoragramowych stopniując do dwugramowych. Mało było takich przypadków, w których leczenie trwałoby dłużéj nad tydzień a jeżeli lek podano zaraz z początku to choroba została zupełnie przerwaną. Nie wpływa zupełnie na narząd słuchu jak chinin. Mocz bywa żółty a spojówka i skóra podobnie zabarwione, ale barwa ta po tygodniu znika. (*The Lancet* 1881 I, Nr. 22).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak.

Posiedzenie III dnia 5go maja 1881 r.

Przewodniczący: Dr. Ściborowski. Członków obecnych 11.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Przewodniczący poświęcił kilka słów wspomnienia zmarłemu właśnie w tym dniu członkowi czynnemu Komisyi balneologicznéj i Tow. lek. krak. Drowi Erazmowi Majewskiemu, oraz wezwał obecnych, aby powstali w dowód czci dla pamięci zmarłego.

3) Przewodniczący podał wiadomość statystyczną o ruchu w r. 1880 w dziesięciu zakładach zdrojowych i klimatycznych, które, na wezwanie Komisyi balneologicznéj, nadesłały choć krótkie sprawozdania. Z otrzymanych danych ułożono dwie tablice, porządkując zakłady podług liczby gości zdrojowych.

Nazwa zakładu	Czas trwania pory zdrojowéj	Pierwszy gość przybył do zakładu dnia	Ostatni gość opuścił zakład dnia	Ogólna liczba gości zdrojow. drużyn	Ogólna liczba gości zdrojow. osób	z po za granic Galicyi było osób
Szczawnica	od 20 maja do 30 września	16 maja	30 września	1.519	2.751	1.296
Krynica	od 1 czerwca do 30 września	15 maja	30 września	1.713	2.691	1.101
Żegiestów	od 1 czerwca do 30 września	20 maja	20 września	698	1.048	62
Jaworze	od 15 maja do 30 września	27 maja	3 październ.	253	510	215
Rabka	od 1 czerwca do 20 września	1 czerwca	14 września	160	425	76
Konopkówka	od 15 maja do 30 września	20 maja	15 września	115	301	11
Swoszowice	od 1 czerwca do 10 września	28 maja	15 września	34	113	29
Morszyn	od 15 maja do 30 września	8 maja	24 września	68	111	1
Krościenko	od 15 czerwca do 31 sierpnia	23 czerwca	25 września	30	80	—
Szkło	od 20 maja do 30 września	2 czerwca	15 września	26	59	—

Nazwa zakładu	Kąpiel wydano w ogóle	Flaszek wody miejscowéj rozesłano	Spotrzebowano flaszek wód sprowadzonych	Lekarzy ordynujących było	Czy jest apteka	Liczba restauracyj	dla użytku gości było domów	dla użytku gości było pokoi
Szczawnica	7.951	110800	640	8	1	11	181	925
Krynica	43.345	46 677	?	7	1	6	74	863
Żegiestów	8.741	60.000	1090	3	1	2	12	289
Jaworze	940	—	990	1	1	3	26	210
Rabka	5.470	4.149	600	1	1	1	14	200
Konopkówka	4.000	—	520	2	1	2	10	45
Swoszowice	2.012	—	?	1	1	1	5	58
Morszyn	1.470	—	798	1	—	3	4	104
Krościenko	—	3.000	?	—	—	2	18	30
Szkło	200	—	?	1	—	1	6	62

Pożałowania godną jest rzeczą, że z 30 blisko zakładów zdrojowych znajdujących się w Galicyi, którym powinnoby zależeć na poparciu ze strony Komisyi balneologicznéj, zaledwie trzecia część poczuła się do obowiązku, na wezwanie Komisyi balneologicznéj, nadesłać choć krótkie sprawozdanie liczebne, którego napisanie ani pół godziny czasu nie byłoby zajęło Têm więcéj ubolewać należy nad ową obojętnością, że w liczbie tego rodzaju zakładów znajduje się kilka celniejszych i więcéj uczęszczanych jak Iwonicz, Lubień i Truskawiec [1]).

Zastanawiając się nad wykazem tutaj podanym, nasuwają się następujące uwagi:

Pora zdrojowa w naszych zdrojowiskach galicyjskich zaczyna się między 15 maja a 1 czerwca i trwa mniéj więcéj do końca września. Powodem tak późnego zjeżdżania się gości do zdrojowisk jest chłodna nieraz i zmienna pora czasu w maju, która zwłaszcza w kilku ostatnich latach dotkliwie czuć się dała. Ale i w czerwcu pomimo sprzyjającéj pory czasu do leczenia, zwykle mniéj przybywa chorych do zakładów niżby się tego spodziewać można. Na zmianę tego mogą wpłynąć jedynie lekarze wysełający chorych do zdrojowisk, a jeszcze więcéj powinniby zwrócić uwagę na miesiąc wrzesień, który w kraju naszym jest niezaprzecznie najpiękniejszym i najpogodniejszym. Wprawdzie ranki bywają chłodniejsze, dni krótsze, ale za to nie ma upałów, czas spokojny i pogodny, a mniejsza liczba gości dozwala cicho i bez roztargnienia oddawać sią leczeniu i używać świeżego powietrza. Stanowczo można powiedzieć, iż leczenie zdrojowe w naszym kraju od początku czerwca do ostatnich dni września z pożytkiem odbywać się może. W roku ubiegłym zakłady nasze zdrojowe opróżniły się w znacznéj części wcześniéj niżli po inne lata, z powodu przybycia w pierwszych dniach września Naj. Pana do Galicyi, oraz chęci uczestniczenia w uroczystościach z tego powodu odbywanych.

Co się tyczy liczby gości zdrojowych, pierwsze miejsce, podobnie jak w roku zeszłym, zajmuje Szczawnica, z poważną liczbą 2.751 osób. Liczba ta z roku na rok wzrasta, a w roku ubiegłym była o 182 osób wyższą niźli w poprzedzającym. Zaraz po Szczawnicy idzie Krynica, w któréj było osób 2.691, zatêm nie wiele mniéj niźli w Szczawnicy, a o 244 osób więcéj niżli w r. 1879. Po Krynicy idzie zapewne Iwonicz, z którego nie dostaliśmy sprawozdania, daléj Żegiestów, w którym było 1.048 osób (w Truskawcu było 803, o czêm dowiedzieliśmy się z krótkiego drukiem ogłoszonego sprawozdania). W Jaworzu było osób 510, w Rabce 425. Z po za granic Galicyi stosunkowo najwięcéj było osób w Szczawnicy, Jaworzu i Krynicy.

(Dok. nastąpi).

V. Kilka słów w sprawie higijenicznéj reformy szkół.

Przez Dra **Tadeusza Żulińskiego.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 28).

Jeżeli ludziom trwożliwym zawsze o naruszenie dotychczasowéj rutyny szkolnéj, i niezbyt chętnym wszelkim tu nowościom, żądanie nasze wyda się może za szerokie, nowe i niepraktyczne, tych uspokoimy tą uwagą, że żądaniem têm nie przekraczamy bynajmniéj granic obowiązujących ministeryjalnych rozporządzeń z 9 czerwca 1873 i 19 lipca 1875, wydanych względem utrzymywania zdrowia młodzieży w szkołach publicznych. Powiedziano tam bowiem wyraźnie: „Że ponieważ nauczyciel winien mieć zawsze na oku właściwe zadanie szkoły, a mianowicie; że tylko w zdrowym ciele zdrowa mieszka dusza, przeto powinien przestrzegać zasad higijeny nie tylko w stosunku swoim do młodzieży szkolnéj, ale według możności wpływać także i na to, ażeby i dom rodzicielski dbał o to wszystko, czego potrzeba do należytego fizycznego wychowania dzieci“. Jeżeli więc władza naczelna żąda od nauczycieli, ażeby nietylko w szkole na uczniów, ale i na dom rodzicielski wpływali, iżby uczniów należycie pod względem zdrowia wychowywali, czyż się to da inaczéj przeprowadzić, czyli inaczéj odpowiednio tłumaczyć i rozwinąć to rozporządzenie, jak nie przez obznajmianie rodziców i opiekunów kiedy jeszcze na ławce szkolnéj zasiadają z głównemi zasadami i przepisami higijeny? bo jeżeli ktoś żąda ażeby w starości ten lub ów umiał czytać i rachować i nie dawał się złym i przewrotnym w życiu oszukiwać musi go zawczasu uczyć tych rzeczy; inaczéj bowiem wpływ nauczycieli na domy rodzicielskie swych uczniów i należyte ich fizyczne wychowywanie, musi zawsze pozostawać tylko pobożnêm pragnieniem t. j. nie wychodzić nigdy z granic pięknego rozporządzenia.

Domaganie się więc nasze powszechnego nauczania po szkołach higijeny, tj. sposobów pielęgnowania zdrowia, nie może być nowością, w obec lękliwych rutynistów szkolnych, ale tylko rozwinięciem logicznêm już istniejącego i obowiązującego ministeryjalnego rozporządzenia, o zachowywaniu zdrowia młodzieży szkolnéj i pieczy nad jéj fizycznêm wychowywaniem w domu.

Potrzeba reformy szkolnéj w kraju naszym stała się tak piekącą i tak powszechnie zewsząd podnoszoną, że nic dziwnego, iż każdy ze swéj strony poczuwszy w szkolnym obecnym ustroju te lub owe braki czyni wnioski i rady swe, jakby złemu zaradzić, pojmując złe fachu swego najlepiéj. Dowody te niezawodnie gorliwości obywatelskiéj i godnego zawsze pochwały zajmowania się sprawami publicznemi, nie zawsze przecie bywają słuszne, szczęśliwie obmyślane i dosyć usprawiedliwione i odpowiednio do wieku dzieci, ich pojęć i charakteru szkoły stosowane. Zrażać nas przecie i gniewać one nie powinny, gdy zważymy, że w masach ogółu, nawet umysłowo wykształconego, zawsze tak bywa, że choć poczucia rzeczy saméj, tj. potrzeby lub braku czegoś, bywają prawdziwe i słuszne zupełnie, nie zawsze jednak podawane na nie środki są odpowiednie, szczególnie w sprawach tak ważnych jak jest reforma szkolna. Na to trzeba mieć zawsze wyrozumienie, a głosy, żądania, życzenia i wskazówki ogółu, brać i uważać należy zawsze za materyjał, z którego ludzie i obywatele dobrze z rzeczą obznajomieni i doświadczeni w zawodzie, odpowiednie wnioski i ustawy opracowywać mogą.

Dotknijmy tutaj życzeń i żądań odnoszących się tylko do wprowadzenia w nauczanie szkolne niektórych dotąd nienauczanych przedmiotów. I tak obywatele i gospodarze wiejscy patrząc się codzień na ubóstwo naszych włościan i nieporadność ich w korzystaniu i wyzyskiwaniu gruntów swych proponują nauczanie po szkołach rolnictwa i sadownictwa; przemysłowcy, górnicy i nafciarze uznają potrzebę zaznajamiania się z geologiją; sądownicy i urzędnicy administracyjni z ustrojem państwowêm kraju, jakoteż z prawami i z obowiązkami obywateli; statystycy ze statystyką. Inni znów jako łatwy sposób podniesienia dobrobytu naszych włościan zalecają pszczelnictwo. Drudzy wiele sobie obiecują z nauczania po szkołach robót ręcznych dla rozwinięcia u nas przemysłu domowego. Daléj wniesiono projekt, ażeby nauczano po szkołach sposobów pielęgnowania i leczenia bydła, tj. weterynaryi, ze względu na wielkie straty jakie lud nasz powszechnie ponosi przez zarazy i nieumiejętne się

[1]) Dodatkowo otrzymała Komisyja krótkie sprawozdanie z zakładu wodoleczniczego w Zakopanem, w którém od 1 czerwca do 15 września r. z. leczyło się 33 osób, składających 23 rodzin (z po za granic Galicyi 7). Lekarz zakładu utrzymuje aptekę domową, jadalnia dla chorych znajduje się w zakładzie, prócz tego w Zakopanem są 3 restauracyje.

z nim obchodzenie. Dodajmy nakoniec do tych wszystkich projektów jeszcze i projekt obznajomiania powszechnego mas ze sposobami pielęgnowania zdrowia własnego i higijenicznego wychowywania dzieci, podniesiony nie w końcu dopiero po innych, ale najdawniéj, najpierw a będziemy mieli obraz najważniejszych przynajmiéj życzeń tu objawionych.

Liczne te projekta i żądania złe na wielu pedagogów z zawodu zrobiły wrażenie, uznali je oni za przesadne, niepraktyczne, niemożebne i za niewłaściwe, słowem za nie dość dojrzałe w ich oczach. Nie wdając się tu jednak w szczegółowy rozbiór téj sprawy, nie możemy poglądowi takiemu, ze względów mianowicie pedagogicznych, wiele nie przyznać słuszności, pomimo najszlachetniejszych i prawdziwie obywatelskich dążności ich autorów. Nie możemy się jednak w żaden sposób zgodzić z tymi szanownymi pedagogami, którym dla tego, że żądanie nauczania po szkołach statystyki, prawa lub geologii wydaje się za przesadne i niemożebne potępiają naraz wszystkie tu wyżéj przytoczone projekta, a więc i potrzebę zaznajamiania mas z nauką pielęgnowania zdrowia i takową równie do niepraktycznych zaliczają przedmiotów. Trzeba bowiem umieć rzeczy odróżniać od siebie i dla dziesięciu rzeczy niepraktycznych i niewłasciwych jedynastéj nader praktycznéj i wielce pożytecznéj nie zaliczać dla towarzystwa i kompletu tylko do niepraktycznych, bo to byłoby błędem i krańcowością zapędów anti reformatorskich, podobną do téj za jaką dziś jeszcze pewne władze i pewni pedagodzy z zawodu uważają szanowanie religii po szkołach ludowych, nie tylko za rzecz niewłaściwą, ale ze względu na spokój i zgodę społeczną mieszkańców za szkodliwą. A czyż to ze względów pedagogicznych jest słuszne i zasługuje na naśladownictwo?

Otóż higijeny téj nauki pielęgnowania zdrowia w żaden sposób nie można pod względem ważności pedagogicznéj i pożytku praktycznego stawiać na równi ani z rolnictwem ani z sadownictwem, ani z weterynaryją a tém też bardziéj z prawem, statystyką lub geologiją, bo zdrowie było, jest i będzie, pomimo wszelkich przesądów, fałszywych doktryn, największym zawsze ze wszystkich skarbów człowieka na ziemi, a co ważniejsza najgłówniejszym warunkiem każdéj bez wyjątku pracy, a więc i dobrobytu naszego tak moralnego jak i materyjalnego tutaj, bo tylko zdrowiem, pracą i usiłowaniem zdobywać sobie możemy skarby moralne i materyjalne. Tego dowodzić nawet nie potrzeba, bo człowiek fizycznie niedołężny lub chory nie zdolny jest do żadnéj w życiu pracy ani walki. Jeżeli religii, mającéj za przedmiot zaznajamiać człowieka z największemi zagadnieniami jego na ziemi w przyszłości, uczymy dzieci już po szkołach od najmłodszego wieku, dla tego, że prawa i obowiązki jéj mają stanowić dla niego normę życia, tj. zżywać się z nim i wchodzić że się tak wyrazimy w krew jego istoty, aby tym sposobem zasiać w duszę jego nie tylko przekonanie, rozbudzić nie tylko wiarę, ale i wytworzyć cnotliwą i religijną w życiu jego tradycyję, aby żył religijnie, żył czerstwo na duszy i wzmacniał siły jéj już od dzieciństwa, z początku ślepą wiarą, więcéj nalogiem i instynktem, a późniéj wiarą rozumną i całą potęgą swego przekonania, to też samo da się powiedzieć i czynić należy podobnie z higijeną, tj. nauką pielęgnowania zdrowia, która jest tém dla ciała, czém religija dla duszy, inaczéj jest ona katechizmem ciała. Zagadnienia jéj nie są tak podniosłe, charakter prawd niemistyczny, ale prawdy jéj i wypływające z nich obowiązki służyć mogą we względzie fizycznym, tak jak religija w moralnym, za normę życia i postępowania dziecka od pierwszych chwil przychodzenia jego do świadomości i rozumu.

Tak jak religija, jako świadomość, tj. nauka bez praktyki na nic się nie przyda, tak i higijena niestósowana do życia żadnéj nie ma wartości dla człowieka.

Tym, którym się zdaje, że zaznajamianie dzieci z przepisami pielęgnowania zdrowia jest dla nich za trudne i niewłaściwe, mylą się, bo przepisy i rady te łatwiéj może, a przynajmniéj tak samo, dają się swobodnie szczepić w umysł i w nałóg dziecięcy jak prawdy i przepisy religii. Są to prawdy choć wielkie i ważne i łączące się z sobą jak dusza z ciałem, ale łatwe do zaszczepienia i przyjęcia się w młode umysły i serca. Mojżesz, ten najpierwszy prawodawca i nauczyciel ludzkości, prawdy i rady higijeniczne wplatał zawsze w przepisy religijne dla swego ludu i tak jednych jak i drugich współcześnie go nauczał.

Higijena jak religija jest tego rodzaju nauką, że do każdego wieku i do każdego pojęcia może i powinna być stosowaną. Tak jak religija, począwszy od katechizmu w szkółce ludowéj, a skończywszy na teologii, tj. filozoficznym i głębokim jéj wykładzie na wszechnicach, daje się stopniowo co raz to obszerniéj, gruntowniéj i umiejętniéj nauczać, tak i z higijeną może i powinno się dziać toż samo. Dla tego też pierwszy już zaraz Zjazd lekarzy i przyrodników polskich, odbyty w Krakowie r. 1869, domagając się w swéj petycyi powszechnego po szkołach nauczania higijeny, zaznaczył wyraźnie: „aby ono odbywało się w s p o s o b i e i z a k r e s i e o d p o w i e d n i m d l a s ł u c h a c z y,“ a w motywach żądania swego bliżéj to jeszcze określa pisząc: „Iż nauczanie higijeny zaczynać należy od rad i przepisów najogólniejszych a pojętnych dla wszystkich w szkołach początkowych, a stopniowo rozszerzać wykłady te w coraz to wyższych zakładach, tak iżby z ławy akademickiéj słuchać już mogli studenci higijeny, wykładanéj ze stanowiska najwyższego jéj rozwoju.“ Inaczéj tłumacząc to na utarty język pedagogiczny, wypadnie, że w najniższych szkołach ludowych higijena nie będzie i nie ma stanowić bynajmniéj oddzielnego jakiegoś przedmiotu nauczania, ale w t. zw. czytankach będą oddzielne ustępy z higijenicznemi radami i przestrogami, które nauczyciel przy czytaniu wyjaśniać uczniom powinien. W szkołach zaś ludowych wyższych ośmioklasowych i wydziałowych, gdzie tyle nauk, jako przedmioty wykładowe, oddzielne znajduje pomieszczenie w planie, jak chemija, fizyka, botanika, zoologija, mineralogija, matematyka, rysunki, kaligrafija, śpiew, roboty itp. rzeczy, higijena powinna wybitne między niemi otrzymać dla siebie miejsce, bo po czytaniu, pisaniu i rachowaniu, jako najpierwszéj zasadzie i podstawie każdego kształcenia czyli oświecania, tak jak religija dla duszy i moralności, tak higijena dla ciała i zdrowia jest niezbędnie potrzebną i ciągle od najniższéj szkoły nauczaną być winna, wszystkie bowiem inne przedmioty mogą iść i znajdować dla siebie miejsce dopiero po higijenie.

(Dokończenie nastąpi).

VI. Zjazd III. lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

Im bliższym jest dzień otwarcia Zjazdu, tém więcéj mnożą się oznaki, iż Zjazd ten zgromadzi w mury Krakowa najznakomitszych przedstawicieli wszelkich gałęzi umiejętności przyrodniczéj i lekarskiéj polskiéj. Udział członków staje

się coraz powszechniejszy i codzień wpływają zgłaszania się z nowemi odkryciami. Najznakomitsi przyrodnicy lwowscy i wielu lekarzy zagranicznych przyrzekli w ubiegłym tygodniu czynny wziąść udział w Zjeździe i wzbogacić posiedzenia swemi pracami. Nie mogąc dziś jeszcze podać całego spisu tych nowo zgłoszonych odczytów, uczynimy to w Dzienniku Zjazdu.

Wydział gospodarczy podwaja starania, aby przybywającym gościom zapewnić możliwą wygodę i uprzyjemnić tych kilka dni pobytu w Krakowie. Mieszkań nie braknie dla gości, jak z wielu stron odzywają się obawy; prosimy jednak zamawiać potrzebne umieszczenie przed przyjazdem do Krakowa. Od wtorku t. j. 19 b. m. otwartém będzie na dworcu kolei Biuro kwaterunkowe Zjazdu, gdzie każdy potrzebujący pomieszkania zgłosić się powinien.

Dyrekcyja kolei Karola Ludwika postanowiła zniżyć cenę jazdy na swéj przestrzeni kolejowéj dla członków Zjazdu, jeżeli się wykażą kartą legitymacyjną, dla 2giéj i 3ciéj klasy pociągów osobowych i mięszanych (z wyjątkiem pociągów pośpiesznych) na czas od 15 do końca lipca rb. pod tym warunkiem, że bilet kupiony po cenie zwykłéj do Krakowa do 1széj klasy służyć będzie do jazdy drugą klasą tam i napowrót—nabyte zaś pół biletu do 1széj klasy do Krakowa, ważném będzie do jazdy tam i na powrót 3cią klasą. Karta legitymacyjna zaopatrzoną być powinna własnoręcznym podpisem właściciela i ostęplowana będzie przy zakupieniu biletu jazdy na téj stacyi, w któréj podróżny podróż swą rozpoczyna. Tak kartę legitymacyjną, jakotéż bilet jazdy należy przy ewentualnéj rewizyi na każde żądanie okazać i takowe przed odjazdem z powrotem do powtórnego ostęplowania w Krakowie przedłożyć, — bilet jazdy oprócz tego odebrany będzie na stacyi końcowéj podróży z powrotem, tj. na téj stacyi, z któréj podróżny rozpoczął swój wyjazd do Krakowa. — Członków przyjeżdżających koleją Karola Ludwika upraszamy dla dopełnienia żądanéj formalności umieścić podpis swój na odwrotnéj stronie karty legitymacyjnéj.

Wszystkim członkom i uczestnikom wydawane będą jako odznaka uczestnictwa kokardki biało-niebieskie, po które do Biura Wydziału w Sukiennicach (sklep Nr. 27) zgłosić się prosimy.

Również prosimy chcących wziąść udział w wspólnéj składkowéj uczcie, która się w sobotę, 23 b. m. odbędzie, o wczesne zgłaszanie się albowiem lista uczestników téjże we czwartek wieczór zamkniętą być musi.

Kraków 15 lipca 1881.

Przewodniczący Wydziału gosp. III Zjazdu.
Prezes Tow. lek. krak. Doc. Dr. *H. Jordan.*
Dr. *Jan Rosner.* Prof. Dr. *E. Janczewski.*
Sekretarz.

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

54 Zjazd lekarzy i przyrodników niemieckich odbędzie się w roku bieżącym w Salzburgu od 18—24 września. Przewodniczącymi są: Dr. Günttner i Dr. Kuhn. Opłata dla członków wynosi 7 złr.,=12 mrk. Wedle projektu będzie 23 sekcyj. Na trzy posiedzenia publiczne zapowiedziane są wykłady prof. Pettenkofera z Monachijum, Weismanna z Fryburga, w W. Ks. badeńskiém, prof. Meinerta z Wiednia, Oppolzera z Wiednia i Macha z Pragi.

Statystyka epidemij. W tygodniu 25 (do 18 czerwca) ospa w Londynie więcéj się rozszerzyła. Świeżo zapadło 379, umarło 82, leczyło się w szpitalach 1692. W Wiedniu umarło 16, w Budapeszcie 9, w Saragossie 7, w Paryżu 16, w Petersburgu 7. W Bazylei, Kopenhadze, Rzymie, Wenecyi, Maladze i Barcelonie wydarzają się sporadyczne przypadki ospy. W Nowym Yorku, w Chicago pojawiała się ospa częściéj w połowie maja, w Filadelfii panuje jeszcze nagminnie. I w Madrasie srożyła się bardzo ospa w końcu kwietnia. Z duru brzusznego umiera mniéj w Budapeszcie również i Petersburgu gdzie umarło 72. Z duru osutkowego umarło w Budapeszcie 8, w Petersburgu 71. Sporadycznie pojawia się dur osutkowy w Maladze i Granadzie. Z febry żółtéj umarło w Rio de Janeiro od 1—16 kwietnia 16. W tygodniu 26 (do 25 czerwca) umarło w Krakowie: 3 z ospy, 7 z odry, 1 z błonicy, 1 z krztuśca, 3 z duru osutkowego, 1 z róży; a doniesiono w tymże czasie: o 2 przypadkach ospy; 14 odry, 1 płonicy, 1 krztuśca, 3 błonicy, 22 duru osutkowego.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 25 (do 18 czerwca) umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 41,1; w Poznaniu 27,4; w Wiedniu 32,1; w Budapeszcie 35.9; w Pradze 42,5; w Tryjeście 26,9; w Berlinie 30,8; w Wrocławiu 29,2; w Gdańsku 19,2; w Mnichowie 33,2; w Dreźnie 22,4; w Lipsku 22,3; w Bazylei 28,5; w Brukseli 20,4; w Amsterdamie 20,7; w Hadze 20,3; w Paryżu 26,0; w Londynie 19,1; w Kopenhadze 19,7; w Stokholmie 22,3; w Chrystyjanii 22,5; w Petersburgu 62,5; w Rzymie 25,2; w Wenecyi 24,8; w Bukareszcie 20,8; w Madrycie 36,9; w Barcelonie 27,1; w Maladze 47,1; w Lizbonie 26,0; w Aleksandryi 33,6; w Nowym Yorku 33,5; w Filadelfii 23,2; w Rio de Janeiro 44,5; w Madrasie 38,6. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 13 lipca. Wydział gospodarczy III Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich przyspiesza swe dzieło przygotowawcze z godną uznania energiją i pracowitością. Czytelnikom Przeglądu znane są szczegóły zachodów Wydziału z jego sprawozdań; nam przypada tylko stwierdzić, że dzięki zapobiegliwości przewodniczącego i chętności członków Wydziału, Koledzy mający wziąść udział w Zjeździe, mogą dziś już liczyć na pewne, że program Zjazdu nie tylko nie natrafi na jakąkolwiek przeszkodę, lecz że będzie on wykonany w najdrobniejszych szczegółach i z taką dokładnością na jaką stać nas i nasze miasto.

* Rada miasta Krakowa mianowała Dra wszech nauk lekarskich Aleksandra Wilkosza lekarzem miejskim.

* Z przyjemnością dowiedzą się czytelnicy Przeglądu, że prof. Korczyński, który miał nieszczęście nadwichnąć prawe kolano, z następowém wybroczeniem krwi do stawu, o tyle ma się lepiéj, że bez bólu przechadzać się może po pokoju.

* Dziennik rosyjski *Zaria* donosi, jakoby prof. Billroth oświadczył, że wrzód połyku, na który cierpi Pirogow, nie jest rakiem, lecz zwykłym wrzodem atonicznym, tém samém żadna większa operacyja nie będzie mieć miejsca.

* Podług otrzymanych wykazów do d. 6 bm. bawiło w Cieplicach czeskich osób 4837; w Luchaczowicach do d. 26 czerwca osób 382.

\+ **Karlsbad** d. 9 lipca. Do d. dzisiejszego było gości kąpielowych 14.896 osób, o 512 mniéj, aniżeli w r. zeszłym. Przez pierwsze cztery dni tygodnia panowała posucha przy ciepłocie 18°R do 25° R. w cieniu; pod koniec tygodnia deszcze chwilowe orzeźwiły powietrze przy średniéj ciepłocie 19°R.

* **Krynica**. Do dnia 30 czerwca przybyło gości kąpielowych 836.

* **Wiedeń**. W sobotę Wydział lek. odbył posiedzenie, celem proponowania kandydata na opróżnioną katedrę anatomii patologicznéj. Członkowie Komisyi i Wydział postanowili na teraz utrzymać propozycyję w tajemnicy, dla tego nic pewnego nie wiadomo. Nie ulega jednak wątpliwości, że prof. Klebs ani jednego głosu nie otrzyma, oraz że kandydatura prof. Schotta z Insbruka ma niejakie szanse powodzenia.

* **Paryż** 9 lipca. Dzienniki stołeczne i prowincyjonalne zajmują się sprawą siedmiorga dzieci z okolic miasteczka Plédran nawiedzonych przez złego ducha; dzienniki podają tylko pełne chorobliwéj wyobraźni wieści, które krążą po kraju. Dr. Baratoux, który te dzieci widział, stwierdza w *Progrès médical*, że wszystkie one, nawet i dziecko 4-letnie, cierpią na *histeria*

major, że podobne epidemije histeryi znane nader dobrze z opisów średniowiecznych; a gdy się wczytamy w treść listu Barataux, przyznać musimy, że okolica Plédrau, duchowo należy jeszcze dzisiaj do wieków średnich. Naturalnie obskurantyzm wyzyskuje ten przypadek chorobowy do swoich celów.

* **Mianowania i odznaczenia**. Docent prywatny Dr. Kuhnt mianowany został prof. nadzw. i dyrektorem kliniki okulistycznéj w Jenie.

* **Nekrologija**. W Paryżu umarł temi dniami Dr. L. Mandl, rodem z Węgier, słynny lekarz i autor dzieła francuskiego o chorobach krtani i gardziela. — W Frankfurcie n./M. umarł słynny botanik Schleiden, dawniéj profesor w Jenie.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 28: Dr. Smoleński: O kąpielach zwanych uspokajającemi; Dr. Belke: Kilka słów o sposobach tamujących szerzenie się chorób wenerycznych. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 28: Doc. Dr. Lesser: O znieczulaniu miejscowém; Dr. Minkiewicz: Spostrzeżenia chirurgiczne; Dr. Malinowski: Kazuistyka lekarska.

W zastępstwie redaktora: **Dr. A. Kwaśnicki.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja:
Ulica Podwale Nr. 84.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Boulv. Voltaire 180, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 23 lipca 1881. № 30. Rok XX.

†

Dr. ANTONI BRYK,

Profesor Kliniki Chirurgicznéj Uniwersytetu Jagiellońskiego itd.

D. 16 b. m. dokonał życia Dr. Antoni Bryk profesor kliniki chirurgicznéj Uniwersytetu Jagiellońskiego, licząc lat 62.

Zmarły profesor urodził się w Dubiecku, nauki lekarskie pobierał w Uniwersytecie Wiedeńskim, gdzie r. 1846 otrzymał dyplom doktorski; następnie wstąpił do Instytutu operacyjnego, kształcił się pod kierunkiem sławnego Wattmanna, i po dwóch latach uzyskał patent na operatora. Pierwszą donioślejszą czynnością młodego chirurga było wzięcie udziału w wojnie węgierskiéj (1849) gdzie blisko rok był czynnym tak w szpitalach jak i na linii bojowéj. R. 1852 powołany został do Krakowa na profesora Medycyny Sądowéj, a po śmierci ś. p. prof. Bierkowskiego zajął jego miejsce na katedrze profesora kliniki chirurgicznéj w Krakowie, i godność tę piastował do ostatnich dni życia.

Ś. p. prof. Bryk był człowiekiem nauki w najszerszém znaczeniu tego wyrazu; Chirurgija w jego ręku nie była zręcznym tylko mechanizmem operowania, chociaż był on mistrzem téj sztuki; wykształcenie specyjalne zmarłego profesora wznosiło się na szerokim gruncie wiedzy wszechstronnéj. Z młodzieńczym zapałem i benedyktyńską wytrwałością wczytywał się on w literaturę lekarską całego świata cywilizowanego, i pomimo siwego włosa każdy większy wynalazek w Chirurgii zapalał w nim święty ogień miłośnika wiedzy i postępu.

Z uznaniem, na jakie sama rzecz zasługuje, należy nam tu uwydatnić, że imie zgasłego profesora wypisane jest na liście założycieli Przeglądu Lekarskiego, że w pierwszych latach istnienia tego dziennika zasilał on go nader cennemi swemi pracami: a czytelnicy naszego pisma niewątpliwie spostrzegli, że w paru ostatnich latach kilka poważnych prac z kliniki śp. prof. Bryka ogłosił Przegląd. Ze śmiercią prof. Bryka ubywa nauce jeden z jéj najwierniejszych miłośników i szermierzy, a Uniwersytetowi doświadczony i światły nauczyciel ważnéj gałęzi nauki lekarskiéj.

I. Z kliniki chirurgicznéj Prof. Bryka.

Trzy przypadki osteotomii.

Podał Dr. Schramm.

Od czasu wprowadzenia sposobu operowania i leczenia ran ściśle przeciwgnilnego przez Listera zakres operacyi chirurgicznéj rozszerzył się bardzo znacznie i dziś prawie na porządku dziennym są takie operacyje, które jeszcze przed 10 laty były albo całkiem nieznane, lub których przedsiębrania zakazywało groźne niebezpieczeństwo gnilicy i ropnicy. Do takich operacyj zaliczyć także wypada osteotomiję. Kto bowiem wie jak wielki był procent śmiertelności przy komplikowanych złamaniach kości ten pojmie, że niełatwo było znaleść chirurga, któryby w celu wyleczenia wady wrodzonéj lub nabytéj odważył się na sprowadzenie takiego złamania sztucznie przez odsłonięcie i przecięcie kości, a nawet Towarzystwo chirurgów w r. 1855 orzekło, że osteotomija jest operacyją barbarzyńską, która co najwyżéj może mieć miejsce tylko w historyi chirurgii *(Brechet. Gaz. med. Strassburg 1879)*. A zatém do usunięcia krzywicznych zniekształtnień odnóg, do wyleczenia zboczeń w stawach zwłaszcza w postaci *genu valgum, pes varus, equinus* i t. d. używano prawie wyłącznie najrozmaitszych maszyn. Leczenie takie jednak trwało lata, wymagało bardzo troskliwéj i ciągłéj opieki lekarskiéj, a często zwłaszcza przy wyższych, a zatém najbardziéj dokuczliwych stopniach zboczenia, leczenie to nie miało żadnego skutku.

Wprowadzenie operowania i leczenia ran ściśle przeciwgnilnego wpłynęło bardzo stanowczo i korzystnie i na ten dział chirurgii. Gdy się bowiem przekonano, że świeże złamania kości długich powikłane z rozdarciem skóry, goją się pod opatrunkiem Listera bardzo pomyślnie, odważono się w celach leczniczych sprowadzać podobne uszkodzenia sztucznie w nadziei, że postępowaniem tém uda się wyleczyć dane zboczenie szybko, pewnie i bez narażenia chorego na znaczniejsze niebezpieczeństwo.

Nadzieje te zostały zupełnie usprawiedliwione doświadczeniem, a jako dalszy dowód tego niech mi wolno będzie opisać 3 przypadki osteotomii wykonane w klinice prof. Bryka. Przypadki te stanowią właściwie 5 osteotomij, gdyż u jednego z chorych operacyję tę wykonano 3 razy w różnych miejscach, a przedstawiają one zarazem 3 rodzaje osteotomii, mianowicie nadcięcie kości długiéj i złamanie jéj w celu usunięcia nieprawidłowego skrzywienia jéj osi, przepiłowanie wyrostka stawowego w celu usunięcia zbezkształtnienia w kolanie, wreszcie wycięcie klina złożonego z odcinków kilku przylegających do siebie kości stopy.

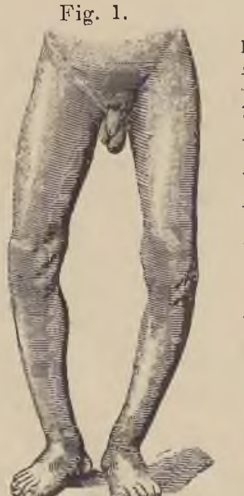
Przypadki te opiszę w streszczeniu:

I. Wygięcie krzywicze obu kości goleniowych. Osteotomija dwukrotna na podudziu prawém i jednorazowa na lewém. Wyleczenie.

R. M. lat 17 liczący zecer, pochodzi z rodziny zdrowéj, przebywał w dzieciństwie ospę i odrę, a nadto w 1 roku życia zapadł na krzywicę, po któréj pozostało znaczne zboczenie w kształcie odnóg dolnych, i z tego powodu właśnie M. zgłosił się do kliniki chirurgicznéj. Badany w dniu 5/11 1879 r. przedstawił stan następujący. Chłopiec na wiek swój słabo rozwinięty, mięśnie wiotkie. Kości czaszki, twarzy, klatki piersiowéj, jako też odnogi górne i kręgosłup nie przedstawiają żadnych zboczeń, miednica prawidłowa. Odnogi dolne łukowato wygięte, tak że przy stykaniu się jednéj stopy z drugą odległość między kłykciami wewnętrznemi kości udowych wynosi 14 cm. Największa jednak krzywizna przypada na dolne części obu podudzi, tak że na granicy między dolną a środkową trzecią częścią kości te są jakby nadłamane. Wiązadła kolanowe zewnętrzne wiotkie, wewnętrzne naprężone i skurczone, w ogóle jednak tak ruchy obrotowe, w kolanie po zagięciu podudzia, jak też ruchy odwodzące są łatwiejsze i obszerniejsze niż w stanie prawidłowym.

W skutek znacznego skrzywienia kości podudzia M. stąpa więcéj na zewnętrzny brzeg stopy, tak że rozwinął się u niego lekki stopień *pedis vari*. Wreszcie dodać mi wypada, że wszystkie wspomniane zmiany chorobowe dosięgły nieco wyższego stopnia na odnodze prawéj niż na lewéj, jak to przedstawia (fig. 1).

Fig. 1.



W czasie zupełnego spoczynku nie doznaje M. żadnego bólu, jeżeli jednak chodzi cokolwiek więcéj, na tenczas występuje ból dokuczliwy w obu stawach kolanowych zwłaszcza w prawym. Badanie narządów wewnętrznych nie wykazuje żadnych zboczeń, tętno i ciepłota prawidłowe.

W obec znacznego stopnia skrzywienia kości i zadawnienia sprawy chorobowéj, nie można było ani myśleć o usunięciu zboczenia za pomocą leczenia ortopedycznego. A przecie zboczenie to było ważne, gdyż nieprawidłowe ułożenie stawów kolanowych i stóp było przyczyną znacznych bólów i czyniło M. niezdatnym do pracy, zwłaszcza, że jako zecer zmuszony był prawie do ciągłego stania. Jedynym więc sposobem uwolnienia chorego od tych dolegliwości było sprostowanie odnóg dolnych drogą operacyjną, za pomocą osteotomii, do któréj też prof. Bryk przystąpił dnia 9/11 1879. Po dokładném obmyciu całego podudzia prawego kwasem karbolowym zachloroformowano chłopca, a po założeniu opaski Esmarcha poprowadził prof. B. w dolnéj trzeciéj części podudzia na wewnętrznéj ścianie piszczela i prostopadle do osi téjże kości cięcie na 2 cm. długie przez wszystkie części miękkie. Następnie przecięto kość w większéj połowie jéj grubości dłutkiem resztę złamano przez wyprostowanie podudzia. Cała ta operacyja odbyła się pod mgłą kwasu karbolowego. Ranę pokryto opatrunkiem Listera a w końcu ustalono podudzie za pomocą opaski gipsowéj, sięgającéj od połowy uda aż na stopę zaznaczając nitką miejsce odpowiadające ranie, aby w razie potrzeby w miejscu tém można wyciąć okno.

Na drugi dzień po operacyi ciepłota podniosła się do 38·2. Z tego powodu wycięto w gipsie okienko po nad raną, gdy jednak na gazie karbolowéj znajdowała się tylko mała plama od zaschłéj surowicy, przeto rany nie odsłaniano.

Nazajutrz ciepłota wróciła do prawidłowego stanu, i już potem ani raz nie podniosło się ponad 37.6. Bólów w ranie lub jakichkolwiek przypadów nie było zupełnie. Dnia 18/12 zatém 6 tygodni po operacyi przecięto opaskę gipsową i odjęto opatrunek, pod którym rana była całkowicie zagojona pokryta cienkim brunatnym strupkiem. Kość była zupełnie stale zrośnięta, w miejscu przecięcia zupełnie nie zgrubiała, a nawet przy dokładném macaniu wyczuć można płytki rowek znajdujący się w miejscu rany kostnéj. Skrzywienie łukowate piszczela zupełnie wyrównane w dolnéj części téjże kości, w górnéj jednak jéj połowie pozostała krzywizna dość znaczna.

Przez 5 dni następnych kładziono operowaną nogę w but Petita następnie zakładano samą opaskę flanelową a od 1/1 1880 r. pozostał operowany bez żadnego opatrunku. W dniu 7/1 1880 przystąpił prof. B. do osteotomii na lewém podudziu, którą wykonał na granicy między górną a średnią trzecią częścią kości zupełnie w ten sam sposób jak to opisałem poprzednio. Po wyprostowaniu podudzia odstęp między obu odłamkami piszczela wynosił 3 do 4 mm., strzałka pozostała nienaruszona. Po zespojeniu rany 5ma szwami z katgutu i pokryciu jéj opatrunkiem Listera ustalono podudzie w prawidłowém położeniu za pomocą opaski gipsowéj.

Po wyschnięciu gipsu przystąpił prof. B. do powtórnéj osteotomii na podudziu prawém w celu zniesienia pozostałéj jeszcze krzywizny w górnéj jego części. Operacyja ta została wykonana w ten sam sposób i w tém samém miejscu co i na podudziu lewém. Oba odłamki piszczela po przyprowadzeniu odnogi do prawidłowego położenia odstawały na 5mm. Ranę zespojono 6 szwami katgutowemi, opatrzono sposobem Listera i odnogę tę podobnie jak lewą ustalono opaską gipsową. Nadmienić mi wypada, że przy przecinaniu obu kości wyszczerbiło się dłutko tak, że okruszyny stali pozostały w kości. Przez dwa dni następne chłopiec doznawał lekkiego bólu w miejscu ran, ciepłota podniosła się wieczorem dnia drugiego do 38° później utrzymywała się stale między 37.5 a 37.6° C. Stan ogólny operowanego nie pozostawiał nic do życzenia.

D. 3/3 zatém w 8 tygodni po operacyi zdjęto ostrożnie opaskę gipsową z lewéj odnogi. W miejscu przecięcia kości znajdowała się jeszcze ranka zupełnie powierzchowna, kość była mocno zrośnięta. Założono więc opatrunek aseptyczny i odnogę ustalono w rynience gipsowéj.

W dniu 6/3 zdjęto opaskę gipsową z odnogi prawéj. Kość była zupełnie zrośnięta, tylko podobnie jak na podudziu lewém znajdowała się mała ranka powierzchowna. Opatrzono ją więc aseptycznie i odnogę ułożono w rynience gipsowéj. Uwagi godną jest ta okoliczność, że podobnie jak po pierwszéj osteotomii, tak i tym razem w miejscu zrośnięcia się kości nie było żadnego zgrubienia, lecz owszem kości pozrastały się tak, że przy obmacywaniu nie można było wyczuć miejsca nadwyrężenia.

Fig. 2.



Do dnia 15/3 leżał chory w rynienkach gipsowych a następnie dostawał co dzień ciepłą kąpiel. W pierwszych dniach kwietnia zaczął chodzić z pomocą kul a 19 kwietnia 1880 opuścił klinikę zupełnie wyleczony. Kształt jego nóg przedstawia (fig. 2) zdjęta z fotografii.

II. *Genu valgum* znacznego stopnia osteotomija sposobem Ogstona. Wyleczenie.

Kuźniarski Jan, lat 22 liczący, piekarz, pochodzi z rodziny zdrowéj, w młodości nie przebywał żadnych ważniejszych chorób. W 13 roku życia oddany został na naukę do piekarza, a w czwartym roku terminowania spostrzegł, że kolano prawe zaczęło zbaczać ku wewnątrz. Przez całe te 4 lata zmuszony był stać bardzo dużo, nosić ciężkie worki z mąką a wsadzając chleb do pieca przyjmował zawsze taką postawę, że nogę prawą wysuwał ku przodowi, zaginając kolano tak że cały prawie ciężar ciała spoczywał na wewnętrznéj połowie kolana prawego.

Gdy wygięcie tegoż kolana na wewnątrz dosięgło już nieco większego stopnia występowały dość silne bóle, wzmagające się przy cięższéj pracy, kolano utraciło swą stałość, tak że K. często upadał, zwiększając przez to swe dolegliwości. Wreszcie zmuszony był opuścić na czas jakiś swój zawód, przepędził kilka miesięcy w spokoju; gdy jednak przy ponownem rozpoczęciu swego zawodu, bóle w kolanie i inne dolegliwości na nowo i z większą siłą wystąpiły, pzybył K. w celu szukania pomocy na klinikę chirurgiczną, gdzie znaleziono stan następujący:

Stan odżywienia mierny, kościec dobrze rozwinięty, na głowie i szyi nie ma żadnych zboczeń, klatka piersiowa szeroka, płaska; łopatka lewa nieco wyżéj ustawiona niż prawa, kręgosłup w części swéj lędźwiowéj lekko na lewo wykrzywiony. Narząd oddechania, krążenia i trawienia nie przedstawia żadnych zboczeń. Miednica nieco skośnie ustawiona tak że lewa jéj połowa położona jest wyżéj niż prawa. Lewa odnoga dolna lepiéj odżywiona, mięśnie na niéj znacznie jędrniejsze niż na prawéj, która w kształcie swym przedstawia znaczne zboczenia. Tworzy ona bowiem kąt, wklęsłością na zewnątrz zwrócony, którego wierzchołek tworzą znacznie zgrubiałe kłykcie wewnętrzne kości udowéj i piszczela. Kąt ten wynosi 110°. Rzepka ustawiona jest powyżéj kłykciów i na zewnątrz od nich, tak że odstęp ten wynosi 6 cm. Objętość stawu kolanowego prawego zwiększona, wynosi tuż pod rzepką 38½ cm., podczas gdy obwód kolana lewego nawet przez środek rzepki wynosi tylko 35 cm. Części miękkie po stronie wewn. kolana chorego są naprężone po stronie zaś wewnętrznéj skurczone więzadła i ścięgno mięśnia dwugłowego rysują się bardzo wyraźnie pod skórą. Po zagięciu podudzia prawego nieforemność kolana prawie zupełnie się wyrównywa wyniosłość utworzona przez kłykcie wewnętrzne znika, rzepka posuwa się nieco na dół i nieco więcéj na zewnątrz tworząc w tém położeniu punkt przeciwległy kłykciom wewnętrznym.

W postawie stojącéj badanego i przy stykaniu się kolan, odstęp między piętami wynosi 18 cm., między dużemi palcami zaś 24 cm. Podeszwa obu stóp płaska, a nawet brzeg zewnętrzny stopy prawéj nieco podniesiony ku górze. Stan chorego przed operacyją przedstawia (fig. 3).

Fig. 3.



Przyczyny rozwinięcia się tych zboczeń w naszym przypadku są zupełnie jasne i zrozumiałe. Chory nasz, nosząc worki z mąką na plecach i zmuszony z zawodu swego przepędzać znaczną część doby na nogach obciążał zanadto stawy kolanowe, zwlaszcza prawy. Przy każdém zaś obciążeniu kadłuba ucisk przenosi się więcéj na kłykcie wewnętrzne, które téż w skutek tego drażnienia przerastają, podczas gdy zewnętrzne rozwijają się słabiéj, a nawet zanikają. Naturalném następstwem tego jest, że osie uda i podudzia tworzą kąt na zewnątrz rozwarty. Przy dłuższém trwaniu cierpienia części miękkie po stronie zewnętrznéj stawu ulegają skróceniu, przyczyniając się w ten sposób ze swéj strony do powiększenia zbezkształcenia. Łatwo także zrozumieć, że przy takiem uformowaniu stawu kolanowego cały ciężar ciała przenosić się musi prawie całkiem na wewnętrzny brzeg stopy, który téż ulega przypłaszczeniu, dając tym sposobem początek następnemu wytworzeniu się *pedis valgi.* Jedna jeszcze okoliczność zasługuje na bliższą uwagę w naszym przypadku, a mianowicie położenie rzepki. Zwykle bowiem kość ta mimo zboczenia w stawie kolanowym pozostaje w swém prawidłowém położeniu, lub przynajmniéj przyjmuje je napowrót przy zagięciu chorego kolana. U naszego zaś chorego zboczenie rzepki na zewnątrz nie wyrównywało się całkiem po zagięciu kolana, owszem kość ta posuwała się jeszcze bardziéj na zewnątrz, dając przez to dowód wysokiego stopnia zaniku kłykci zewnętrznych, a przerostu wewnętrznych.

Porzucenie zawodu i dłuższy spokój, jako środki lecznicze były u naszego chorego zupełnie niewystarczające, gdyż tym sposobem możnaby tylko na czas krótki zapobiedz rozwojowi choroby, nie ulega jednak najmniejszéj wątpliwości, że przy ponownem używaniu kończyny musiałyby na nowo wystąpić bóle, pochodzące od ucisku na kłykcie wewnętrzne i naprężenia więzadeł stawowych. Również nie na miejscu byłoby leczenie ortopedyczne za pomocą odpowiednich szyn i przyrządów, gdyż leczenie takie nie obiecywało żadnego wyniku. Pozostawało więc jedynie usunięcie zbeskształtnienia za pomocą osteotomii. Z pomiędzy licznych sposobów operowania podawanych przez rozmaitych chirurgów wybrał prof. B. sposób Ogstona, polegający jak wiadomo na odpiłowaniu kłykcia wewnętrznego uda i przesunięciu go w górę. Po oczyszczeniu więc dokładném pola operacyjnego i zachloroformowaniu chorego, wbil prof. B. nóż długi a wąski po nad kłykciem wewnętrznym kości udowéj

tak głęboko, że koniec noża czuć można było przez skórę w dołku między obydwoma kłykciami udowemi, jako dowód że otwartą także została torebka stawowa. Po wyjęciu noża wprowadzono w otwór przez niego zrobiony piłkę nożyko watą, którą piłowano kłykieć wewnętrzny w kierunku ku tyłowi, ku górze i ku wewnątrz. Gdy już większa część grubości kłykcia była przepiłowaną, wyjęto piłkę i przez przyprowadzenie podudzia w położenie prawidłowe odłamano resztę nieprzepiłowanéj kości. Cała operacyja odbyła się pod ciepłą mgłą karbolową. Ranę pokryto opatrunkiem Listera, a w celu zupełnego unieruchomienia odnogi, założono opaskę gipsową obejmującą miednicę i sięgającą aż poniżéj kostek operowanéj odnogi, którą ułożono w klatce Saltera. Wieczorem tego samego dnia ciepłota podniosła się do 38·5, wystąpiły lekkie bóle w kolanie operowaném, zresztą stan pomyślny.

14/2 rano ciepłota 38·3, chory uskarża się na ciężkość w oddechaniu, palce zagipsowanéj nogi nieco obrzmiałe i sinawe. Z tego powodu wycięto część opaski gipsowéj z miednicy i ze stopy aż do połowy podudzia. Przez nattępne 5 dni do 19/2 gorączka ciągła, ciepłota wacha między 39·1 a 38·3°C. Objaw ten, jakotéż bóle utrzymujące stale w kolanie zmusiły do odcięcia opaski gipsowéj. Po rozcięciu jéj okazała się na opatrunku Listera plama wielkości talara, barwy ciemno-czerwonéj, pochodząca z krwi skrzepłéj i niecuchnąca. Kolano w prawidłowém ułożeniu. W obec takiego stanu rzeczy, a mianowicie przy braku wszelkich śladów wydzieliny ropnéj na opasce, postanowiono rany nie odsłaniać. Opatrunek pierwotny pokryto jeszcze warstwą waty salicylowéj i ułożono odnogę w bucie Petita.

Nazajutrz rano spostrzeżono lekkie zboczenie podudzia na zewnątrz, inne przypady pozostały te same co poprzednio; nadmienić tylko wypada, że chory kaszle dosyć często, a w nocy zrywa się, poruszając przy tém całą odnogę operowaną.—Gorączka lubo mniejsza, między 38·5 a 37·9°C. utrzymywała się aż do 25/2 tj. przez dni 13, również bóle w kolanie zmniejszały się, a dla zupełnego usunięcia ich i głównie w celu zapobiegnięcia zrywaniom się w nocy, i niepokojeniu kolana, wstrzykiwano co wieczór po 2 ctgr. morfiny.

Od 25/2 do 6/3 stan bezgorączkowy, bóle w krtani ustąpiły zupełnie, jednak zboczenie podudzia na zewnątrz powiększyło się cokolwiek.

W dniu 6/3 zatém w 23 dni po operacyi odjęto pierwotny opatrunek Listera. Rana w skórze była zupełnie zabliźniona, pokryta cienkim strupkiem, kolano nieobrzmiałe i niebolesne. Ruchy bierne w kolanie utrzymane, więzadło zewnętrzne jakotéż ścięgno mięśnia dwugłowego napięte wymacać się dają pod skórą jako pasma postronkowate.

Po pokryciu kolana watą salicylową założono opaskę gipsową, sięgającą od połowy uda do połowy podudzia, poczém ułożono odnogę w klatce Saltera.

Dnia 3/4 odjęto opaskę gipsową. Stan kolana w dniu tym był następujący: Rana w skórze zupełnie zabliźniona, kolano niebolesne, obwód jego mierzony tuż pod rzepką wynosi 37 cm. zatém o $1^1/_2$ cm. mniéj niż przed operacyją. Kąt jaki tworzy oś uda z osią podudzia wynosi 155°. W celu zniesienia tego zboczenia, zachloroformowano chorego a po przyprowadzeniu podudzia w położenie prawidłowe założono ponownie opaskę gipsową od połowy uda do połowy podudzia. Po ocuceniu się z uśpienia chory skarży się na lekkie bóle w kolanie, które wkrótce ustąpiły, zresztą zabieg ten nie wywołał żadnych innych przypadów. Od dnia 23/4 chory nasz zaczyna chodzić na kulach. 25/5 zdjęto opaskę gipsową, ruchy w kolanie operowaném ograniczone, tak że kąt między zupełném wyprostowaniem podudzia a największém możliwém zagięciem wynosi tylko 10 stopni. Bólu w kolanie nie ma zupełnie.

Dnia 27/6 zatém w cztery i pół miesiąca po operacyi opuszcza K. klinikę a stan jego był następujący: Klatka piersiowa zupełnie prawidłowéj budowy, łopatki obie jednakowo ustawione. Kręgosłup w części swéj lędźwiowéj zbacza zaledwo dostrzegalnie na prawo. Obie odnogi dolne prawie jednakowo odżywione. Kolano prawe zbacza nieco na wewnątrz, tak że kąt między udem a podudziem téjże strony wynosi 158. —Więzadło zewnętrzne i ścięgno mięśnia dwugłowego mocno napięte. Obwód kolana prawego 37, lewego 35 cm. W postawie stojącéj i po zbliżeniu obu kolan do siebie odstęp między oboma piętami wynosi 5 cm., między palcami wielkiemi 9 cm., podczas gdy przed operacyją wymiary te kształtu odnogi wynosiły 16 i 24 cm. Bardzo znaczne polepszenie przedstawia najlepiéj rycina (fig. 4).

Fig. 4.



Operowany jednak jest w stanie przez cokolwiek silniejsze działanie mięśni zbliżyć obie stopy do siebie tak, że dotykają się w całości swemi brzegami wewnętrznemi. Kształt stóp nie zmienił się pozostały one tak, jak były przed operacyją płaskiemi. Ruchy w kolanie tak bierne jak i czynne możliwe lubo jak to już wyżéj wspomniałem znacznie ograniczone.

Kuźniarski przedstawił się w maju 1881 r., zatém przeszło rok po operacyi. Stan jego kolana zmienił się o tyle, że zboczenie podudzia powiększyło się o kilka stopni, jednak K. jest w stanie wyrównać je przez samo działanie mięśni. W celu zapobiegnięcia dalszemu rozwojowi skrzywienia założono na kolano operowane szynę ustalającą Lorinsera.

III. Stopa końska lewa *(Pes equinus)*. Wycięcie klina kostnego z grzbietu stopy, przecięcie ścięgna Achillesa. Wyleczenie.

Józefa Krumholz lat 13 licząca, pochodzi z rodziców zdrowych, prócz przebycia ospy i kilkakrotnéj zimnicy nie przypomina sobie żadnych innych chorób, a przybywa na klinikę z powodu zbezkształtnienia stopy lewéj w postaci tak zwanéj stopy końskiéj, które to zboczenie trwać ma już od pierwszego niemowlęctwa. Badanie w dniu przyjęcia K. do kliniki dnia 11/1 1881 wykazało stan następujący. Dziewczynka miernie odżywiona, na wiek swój dobrze rozwinięta, skóra blada, delikatna. Narząd oddechania, krążenia i trawienia nie przedstawiają żadnych zboczeń. Odnoga dolna lewa krótsza o 2 cm. od prawéj i chudsza, stopa jéj przedstawia kształt stopy końskiéj, tak że przy chodzeniu opiera się K. tylko na główkach kości śródstopia i palcach téjże nogi. Ścięgno Achillesa, jakotéż ścięgno zginacza krótkiego palców i powięź stopowa mocno skurczone i napięte. Kształt téj stopy przed operacyją przedstawia (fig. 5). W celu usunięcia téj wady wykonał prof. Bryk d. 27/1 b. r. osteotomiję stopy w sposób następujący:

Fig. 5.



Po dokładném oczyszczeniu całéj stopy kwasem karbolowym 2%, po zachloroformowaniu dziewczyny i założeniu opaski Esmarcha poprowadził prof. cięcie przez grzbiet stopy, idące od środka odstępu między kostką wewnętrzną a kością klinową pierwszą a sięgające do środka odstępu między kostką zewnętrzną a wyrostkiem kości sześciennéj, idące przez wszystkie części miękkie aż do kości.

Założywszy 4 ligatury z katgutu na widoczne naczynia odsłonił prof. stan Choparta i za pomocą piłki Szymanowskiego wypiłował klin, ktorego podstawa była na grzbiecie stopy i jéj brzegu wewnętrznym, ostrze zaś skierowane było ku podeszwie i na zewnątrz. Klin ten składał się z następujących kości: z główki kości skokowéj, tylnéj połowy kości czółenkowatéj i tylnego odcinka kości sześciennéj; powierzchnia zaś stawowa przednia kości piętowéj ogołocona została z chrząstki za pomocą dłutka. Po wyjęciu tego klina okazało się, że skurczone ścięgno Achillesa przeszkadza dokładnemu przyleganiu powierzchni resekcyjnych, dla tego téż wykonał prof. Bryk tenotomiję tego ścięgna, a ranę ztąd pozostałą zalepiono natychmiast watą salicylową umaczaną w kolodium i pokryto ją paskami plastru angielskiego.

Teraz powierzchnie przeciętych kości dały się złożyć zupełnie dokładnie. Odjęto więc wąż Esmarcha, a gdy żadne naczynie nie krwawiło, zespoił prof. przecięte ścięgna na grzbiecie stopy i ranę skórną katgutem.

Cała ta operacyja odbyła się pod ciepłą mgłą tymolową, wreszcie pokryto ranę silkiem i kawałkiem gazy karbolowéj, a odsunąwszy rozpylacz przystąpiono do założenia przyrządu ustalającego, jak prof. Bryk używał zawsze na swéj klinice, ilekroć chodziło o zupełne unieruchomnienie stopy. Przyrząd ten jest następujący. Najpierw zakłada się opaskę gipsową od kostek aż powyżéj kolana. Po wyschnięciu téj opaski przytwierdza się stopę za pomocą plastrów do wyściełonéj płytki blaszanéj opatrzonéj odpowiednią rynewką dla podparcia pięty, od której to płytki idą trzy mocne druty wygięte półkoliste a następnie przylegające dokładnie do założonéj opaski gipsowéj, do której przymocowuje się je za pomocą 2 lub 3 warstw takiéjże opaski. Po wyschnięciu téj powierzchownéj warstwy gipsu pokryto całą stopę opatrunkiem Listera, odniesiono operowaną na salę, a odnogę ułożono w klatce Saltera w położeniu poziomém. Opaska w ten sposób założona pozostawała przez dni 12. Ciepłota, z wyjątkiem drugiego dnia po operacyi, w którym podniosła się do 38.5, pozostała ciągle prawidłową, chora prócz lekkich bólów w miejscu operowaném nie doznawała żadnych dolegliwości.

W 12 dniu po operacyi odsłonięto stopę a stan jéj był następujący. Rana na grzbiecie stopy zagojona *per primam intentionem* z wyjątkiem kąta zewnętrznego i wewnętrznego, gdzie znajdują się granulacyje żywo czerwone pokryte skąpą ilością śluzowo ropnéj. wydzieliny. Stopa, spoczywająca na szynie w prawidłowém położeniu, nie obrzmiała, nie bolesna. Po oddaleniu skąpéj wydzieliny i kawałków oprzałego przyskórka pokryto stopę na nowo opatrunkiem Listera i ułożono jak poprzednio w klatce Saltera. Rany po tenotomii zupełnie nie odkrywano. Dnia 11/1 tj. w 42 dni po operacyi odjęto opatrunek powtórnie. Przez cały ten czas stan choréj nie pozostawiał nic do życzenia. Przy oglądaniu stopy znaleziono ranę na grzbiecie zupełnie zabliźnioną z wyjątkiem miejsca wielkości soczewicy w zewnętrznym kącie rany, pokrytego żywemi granulacyjami. Rana po tenotomii zagojona, ruchy palcami ustrzymane, jako dowód, że przecięte, a następnie zespojone ścięgna na grzbiecie stopy dokładnie się pozrastały.

Fig. 6.



W dniu tym zatém odjęto przyrząd ustalający, granulacyje zbyt mocno bujające przylapisowano, a po założeniu opatrunku aseptycznego ułożono odnogę w bucie Petita, w którym dziewczyna pozostała przez dni kilkanaście, aż do zupełnego zabliźnienia się rany, a następnie od dnia 28/3 zaczęła chodzić o kulach. W połowie czerwca mogła już chodzić o własnych siłach, kształt jéj stopy w dniu opuszczenia kliniki dnia 3/7 przedstawia (fig. 6).

Dziewczynka ta przedstawiała się jeszcze kilka razy w klinice. Operowana stopa ma kształt zupełnie prawidłowy.

Z powyższych zatém przypadków można wyprowadzić następujące ważne wnioski:

Osteotomija nie jest operacyją niebezpieczną, gdyż przy danych korzystnych warunkach rana przy téj operacyi zadana goi się bez żadnych groźniejszych przypadków. Przez te korzystne i niezbędne warunki rozumieć należy zachowanie wszelkich ostrożności antyseptycznych podczas operacyi i zupełne unieruchomienie operowanéj odnogi. Najlepszym sposobem unieruchomienia wydaje się nam założenie opaski gipsowéj lub trypolitowéj na operowaną odnogę tak, aby przynajmniéj obydwa stawy, z któremi graniczą kości przepiłowane, były objęte opaską. Rozumie się samo przez się, że poprzednio na ranę założyć należy opatrunek Listera. Jak korzystne jest takie postępowanie, poucza najlepiéj przypadek I, w którym tego sposobu użyto dwa razy. Opatrunek w powyższy sposób założony leżał bez zmiany 6—8 tygodni, przez cały czas nie było zupełnie gorączki, a po zdjęciu opatrunku okazała się rana zupełnie zagojona.

Drugi w podobny sposób leczony przypadek, okazał przebieg nieco odmienny. Zasługuje bowiem na uwagę, że już na drugi dzień po operacyi pojawiła się gorączka, lubo nie bardzo wysoka, która w jednakowym prawie stopniu trwała przez dni 13. Gorączka téż była przyczyną, że w 5 dni po operacyi odjęto opaskę gipsową, a odnogę ułożono na szynie Petita. Ten jednak przypadek właśnie dowodzi wyższości opaski twardniejącéj nad wszelkim innym przyrządem ustalającym, gdyż już nazajutrz po zdjęciu gipsu podudzie zboczyło na zewnątrz, poddając się mimo ułożenia w bucie Petita działaniu mięśnia dwugłowego. Zachodziłoby tylko pytanie, co spowodowało gorączkę w tym przypadku? Że w otwartym przez operacyję stawie odbyła się sprawa zapalna, dowodzi powstanie ankylozy; czy jednak zapalenie to wzniecone zostało przez pozostałe w stawie trociny kostne, czy przyczyną jego były bardzo niekorzystne stosunki higi-

jeniczne w naszéj klinice, tak że mimo wszelkich usiłowań operacyja nie odbyła się ściśle przeciwgnilnie, są to pytania, na które nie mogę stanowczo odpowiedzieć, przypisałbym jednak większe znaczenie przyczynie drugiéj, już dla tego, że doświadczenie z innych klinik poucza, że takie drobne odłamki kości mogą być wessane bez żadnych przypadów. Mimo to jednak przypadek nasz osteotomii Ogstona był wcale korzystny. Zboczenie podudzia zostało zniesione prawie zupełnie, a operowany oddaje się nadal swéj pracy, nie doznając dolegliwości. Mógłby kto wprawdzie zarzucić, że ankyloza kolana, u tego chorego jest ujemną stroną operacyi. Zarzut taki jednak byłby zupełnie niesłuszny. Po pierwsze bowiem, ankyloza nie była zupełna, nie była kostna i nie ulega najmniejszéj wątpliwości, że przez odpowiednie postępowanie możnaby powrócić ruchomość kolana. Nie było to jednak zupełnie wskazaném i tutaj możnaby zastósować słowa Chassaignaca, że ankyloza jest stanem chorobowym, który uważać należy czasem za dobrodziejstwo, że jest to rodzaj *noli me tangere*, które trzeba umieć uszanować. (*Thèse de concours* 1841).

Chociaż bowiem ankyloza ta utrudniała nieco używanie odnogi, to jednak z drugiéj strony przyczyniała się do ustalenia odnogi, bez czego dawne zboczenie byłoby bez wątpienia napowrót wróciło. Widzieliśmy bowiem, że natychmiast po zdjęciu opaski gipsowéj w piątym dniu po operacyi mimo ustalenia odnogi w bucie Petita, podudzie zboczyło od nadanego mu przy operacyi kierunku, było to skutkiem skurczenia mięśnia dwugłowego uda, który przyczepiając się do główki strzałki, pociągał podudzie na zewnątrz. Skurczenie tego mięśnia było też przyczyną, że mimo istnienia ankylozy przecie zboczenie to powiększyło się lubo nieznacznie przy pracy, jakiéj się chory oddawał po opuszczeniu kliniki, tak że w celu zapobiegnięcia dalszemu rozwojowi zboczenia polecono choremu noszenie szyny Lorinsera ustalającéj kolano. Najlepszym jednak dowodem, że operacyja w naszym przypadku odpowiadała wszelkim wymogom jest może to, że operowany jest z niéj zupełnie zadowolony.

O przypadku III nie wiele mam do powiedzenia. Jest on tylko dowodem, że rana nawet tak znaczna jak wypiłowanie klina kostnego ze stopy może się zagoić przy postępowaniu aseptyczném i przy zachowaniu zupełnéj nieruchomości odnogi pod jednym opatrunkiem i bez żadnych nieprzyjemnych przypadów. Wynik ten operacyi był bardzo zadowalający, stopa, jak to widać z powyższéj ryciny (fig. 6) odzyskała kształt prawidłowy i dziewczynka ta może chodzić po kilka godzin dziennie nie doznając żadnych dolegliwości.

Na jednę tylko okoliczność chciałbym zwrócić uwagę, mianowicie na skąpe wytwarzanie się kostniny w naszych przypadkach, gdyż w żadném miejscu zrośięcia się przeciętych kości nie można było wyczuć najmniejszego zgrubienia jéj jakie prawie bez wyjątku występuje nawet po prostych złamaniach kości. Czyżby to miało znaczyć, że oddziaływanie zapalne pod opatrunkiem Listera jest jeszcze mniejsze niż przy ranach ściśle podskórnych? Sądzę że nie, a za jedyny powód tego zjawiska uważałbym to, że nawet przy zupełnie prostych złamaniach kości, ani powierzchnie odłamków nie są tak równe, ani zastósowanie ich tak dokładne, ani nadwyrężenie otaczających części miękkich tak małe, jak to ma właśnie miejsce przy osteotomii wykonanéj podług prawideł sztuki.

II. Badanie przyrządu wzrokowego w celu rozpoznawania jego chorób.

Wykłady kliniczne.

Podał Prof. Dr. **Lucyjan Rydel.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 29).

Na szczególną uwagę lekarza zasługuje **ruchomość** źrenicy, czyli oddziaływanie tęczówki na wymienione powyżéj wpływy, mianowicie zaś na podnietę światła. Z ostatniego bowiem rozpoznajemy w sposób przedmiotowy, od zeznań chorego niezawisły, czy siatkówka jest wrażliwą na światło, lub czy tę wrażliwość utraciła. W tym celu sadzamy chorego naprzeciw okna, a zatkawszy mu oko drugie ręcznikiem w kilkoro złożonym, tak, żeby światło nie miało do niego wcale przystępu, zasłaniamy i odsłaniamy oko badane kolejno dłonią, a jeszcze lepiéj np. książką, tak, żeby na nie padał naprzemian to pełny cień, to znów pełne światło, bacząc sami pilnie na zachowanie się źrenicy. Podczas tego badania chory winien trzymać oko całkiem nieruchomo, a w razie potrzeby (niespokoju lub ślepoty) ułatwiamy mu to zadanie każąc wpatrywać się w palec własny, w odległości około 30 cm. trzymany. Ostrożność ta jest niezbędną bo, jak wiemy, wszelki ruch oka wywołuje zmianę w rozmiarze źrenicy, a zatém tylko wykluczywszy ten wpływ możemy być pewni, że zwężenie źrenicy jest skutkiem działania podniety światła. Z tego téż powodu nie mogę zalecać sposobu badania podawanego zazwyczaj w podręcznikach, żeby oko zasłaniać i odsłaniać powieką górną zsuwaną i podnoszoną kolejno za pomocą palca dużego, bo badanemu trudno ustrzedz się przytém ruchów oka, a lekarz nie może, patrząc z boku, przekonać się czy i o ile rozszerza się źrenica w chwili zasłonięcia oka.

Jeżeli tęczówka oddziaływa na wpływ światła dowodzi to (z nader rzadkiemi wyjątkami), że oko ma poczucie światła, a szybkie i mocne zwężanie i rozszerzanie się źrenicy przemawia w ogólności za dobrą wrażliwością siatkówki na światło. Jeżeli przeciwnie tęczówka nie oddziaływa na wpływ światła, nie wolno nam jeszcze wnosić z tego, że oko jest ślepe, bo przeprowadzenie podniety, wolne aż do ośrodka odruchowego w mózgu, napotkać może na przeszkody pomiędzy nim a żdziergaczem źrenicy, albo też podnieta, choć przeprowadzona, może nie wywołać skutku z powodu przeszkód mechanicznych, jak przyczepiny tylne, zarośnięcie źrenicy i t. p. W jednym i drugim razie tęczówka nie oddziaływa oczywiście na podnietę światła, pomimo, iż siatkówka jest na nią wrażliwa, pomimo że nerw wzrokowy przewodzi ją aż do ośrodków mózgowych przyrządu wzrokowego, pomimo wreszcie, że chory odróżnia doskonale światło od ciemności. Tak się ma rzecz w razie sztucznego lub chorobowego porażenia tęczówki (między innemi także skutkiem jaskry) i przeszkód mechanicznych tamujących jéj ruchy. Jeżeli więc tęczówka nie oddziaływa na światło nie wynika z tego jeszcze bynajmniéj, że siatkówka nie jest na światło wrażliwą. Chcąc się zaś przekonać gdzie tkwi przyczyna braku tego oddziaływania, czy w częściach przewodzących podnietę światła od oka do mózgu (siatkówka, nerw wzrokowy), czy w częściach przeprowadzających ją od mózgu do oka, t. j. w przyrządzie odruchowym (ośrodek odruchowy, nerw okoruchowy, zwój rzęskowy, nerwy rzęskowe, mięśnie tęczówki) zbadać musimy czy światło, wpadające do oka chorego wywołuje odruch tęczówki w drugiém, zdrowém oku. Jeżeli

źrenica tego ostatniego zwęzi się w chwili odsłonięcia oka chorego, to oko to, choć chore, ma poczucie światła, a jego tęczówka nie oddziaływa tylko z powodu przerwy w jego przyrządzie odruchowym.

Niechaj to przydługie, a na pozór może zbyt szczegółowe, rozwodzenie się nad rzeczami, które każdemu lekarzowi powinny być znane z fizyjologii, usprawiedliwi ważność przedmiotu i smutne niestety doświadczenie ile to grubych, a w najopłakańsze następstwa płodnych, pomyłek w rozpoznawaniu chorób oka pociąga za sobą w praktyce nieznajomość tych prawideł fizyjologicznych i zaniechanie tego ważnego badania. Kto powyższe szczegóły uważa za zbyteczne może ich nie czytać, mnie pozostanie to przekonanie, że zrobiłem co mogłem, żebym się nie spotykał tak często jak dotąd z najgrubszemi błędami w rozpoznawaniu, popełnianemi na najcięższą szkodę chorych. Stwierdzenie prawidłowego oddziaływania tęczówki na światło lub brak tegoż i zastanowienie się nad jego przyczynami uchroni między innemi najczęściéj od wcale nierzadkiego, a tak fatalnego, rozpoznawania zaćmy zamiast jaskry. W oku bowiem dotkniętém samorodną, niepowikłaną zaćmą schyłkową, a więc zresztą zdrowém, tęczówka oddziaływa na światło z a w s z e a zazwyczaj nawet bardzo dzielnie tak co do stopnia jak i co do szybkości ruchu, choć zaćma jest już dojrzałą, chory nic nie widzi a ma tylko proste poczucie światła, tém bardziej więc gdy choć z trudnością jeszcze przedmioty, choć większe, rozpoznaje. W jaskrze przeciwnie już wcześnie, tj. w okresie, w którym chory jeszcze wcale nie źle, a nawet dobrze widzi, n. p. czyta druk średni a może i drobny, tęczówka nie oddziaływa już wcale na światło, albo tylko leniwo, a źrenica okazuje się mniéj więcéj rozszerzoną, bo tęczówka ulega w tém cierpieniu, z wyjątkiem stosunkowo rzadkich przypadków niezapalnych, już wcześnie, jeżeli niezupełnemu porażeniu to przynajmniéj w pewnym stopniu. Uwzględnienie téj okoliczności naprowadzić winno nawet lekarza w okulistyce mniéj biegłego na podejrzenie jaskry, a jeżeli oko okaże się nadto twardszém, rozpoznanie jaskry jest pewném. Zazwyczaj znajdą się jeszcze inne przypady jaskry, tak, iż śmiało rzec można, że z wyjątkiem niektórych przypadków jaskry prostéj rozpoznanie téj choroby obejść się może do pewnego stopnia bez wziernika. Zwykła w przypadkach rozpoznania zaćmy zamiast jaskry wymówka lekarza, że nie mógł rozpoznać téj ostatniéj ponieważ „n i e m a w z i e r n i k a“, może więc wprawdzie uniewinnić go w oczach nieświadomego chorego, ale ani przed własném sumieniem ani przed trybunałem nauki. Co więcéj, lekarz, który nie zna znaczenia rozpoznawczego objawów jaskry, gołém okiem dostrzegalnych, osobliwie tęczówkowych i źrenicznych, znalazłby się podobno w największym kłopocie, gdyby mu dostarczono wziernik, boć łatwiéj nabyć to drogocenne a tanie narzędzie, niż władać niém wprawnie i widzieć, a to co się widzi umieć w celach rozpoznawczych zużytkować.

Czysto czarna **barwa** źrenicy nakoniec zmienia się u każdego człowieka w wieku późniejszym, z powodu, że soczewka, za młodu bezbarwna, żółknie począwszy od 30 roku życia, zrazu wprawdzie nieznacznie, z wiekiem jednak coraz bardziéj, tak, iż około 50 roku życia barwę bursztynu przybiera. Skutkiem tego, iż soczewka, choć przeźroczysta, odbija pewną ilość żółtych promieni światła miesza się do czarnéj barwy źrenicy osób wiekowych pewien żółtawo lub zielonkowato szary odblask, u niektórych, zwłaszcza przy rozszerzonéj źrenicy, tak mocny, że niedoświadczonego łatwo w błąd wprowadzić i do rozpoznania zaćmy skłonić może. Badanie wziernikowe usuwa w takich razach wszelką wątpliwość.

W stanie chorobowym barwa źrenicy zmienia się bardzo często na białawą i szarą z różnemi odcieniami żółtego i zielonkowatego i różném natężeniem skutkiem zaćmy, błon rzekomych w źrenicy, mocnych zaćmień w ciałku szklaném, mianowicie w przodkowych jego częściach, mocnego zaćmienia i wyparcia ku przodowi siatkówki oderwanéj, rozległych, jasno zabarwionych wypocin na dnie oka, rozległego zaniku naczyniówki, skutkiem jaskry i nowotworów w głębi oka, jak glioma siatkówki i t. d. Z wyjątkiem zaćmy daléj posuniętéj, grubszych błon rzekomych w źrenicy, srebrzystego odblasku skutkiem glioma, które okiem gołém przy oświetleniu dzienném widzieć i rozpoznać można, wszystkie inne odblaski jakiéjbądź barwy, wydobywające się przez źrenicę z głębi oka nie mają najczęściéj nic właściwego, nasuwają więc co najwięcéj podejrzenie o obecności zmian chorobowych po za źrenicą, nie uprawniają atoli do szczegółowego rozpoznania ich przyczyny, rodzaju i siedziby.

Badanie części oka położonych po za źrenicą nie może też obejść się bez wziernika, o którym w drugiéj części mówić będziemy. Pierwéj atoli wspomnieć muszę o badaniu za pomocą lupy i tak zwanego oświetlenia ogniskowego, które już do badania rogówki, komórki przodkowéj, tęczówki i źrenicy z wielką korzyścią stosujemy. Najwięcéj rozpowszechnioną jest lupa Brückego, powiększająca kilkakrotnie, a niewymagająca przecież zbytecznego zbliżenia oka badającego do badanego.

Oświetlenie ogniskowe, zwane także boczném lub skośném, polega na tém, że światło dobréj lampy skupiamy za pomocą mocnéj soczewki wypukłéj (20 dyoptryj czyli numer 2gi) na téj właśnie części oka, którą dokładnie oglądać chcemy. W tym celu sadzamy chorego w pokoju ciemnym bokiem przy stole, tak, żeby stół znajdował się po stronie oka badanego. Z boku i cokolwiek naprzód od chorego stawiamy lampę w odległości około 40 cm. od oka, a ująwszy soczewkę wypukłą palcem wskazującym i dużym w dwóch naprzeciwległych sobie miejscach jéj brzegu i oparłszy rękę resztą palców na skroni i czole chorego trzymamy ją tak pomiędzy lampą a okiem, żeby promienie światła, po załamaniu przez soczewkę, skupiły się w jéj ognisku i utworzyły obraz odwrotny płomienia lampy na téj części oka, którą dokładnie zbadać zamierzamy. Miejsce, na które pada obraz płomienia lampy jest więc silnie oświetlone i rzuca na plamkę żółtą badającego obraz bardzo jasny, a wrażenie przezeń wywarte potęguje się jeszcze bardziéj skutkiem przeciwieństwa, bo z powodu zaciemnienia pokoju reszta siatkówki znajduje się w cieniu. A tak jak gwiazdy, niewidoczne w dzień z powodu jednostajnego oświetlenia całéj siatkówki, zwróconéj ku firmamentowi, błyszczą jasno w nocy, kiedy z wyjątkiem plamki żółtéj, na którą ich obraz pada, resztę siatkówki ciemność zalega, tak samo uwidoczniają się wyraźnie przy oświetleniu ogniskowém w pokoju ciemnym i najdrobniejsze zmiany chorobowe, których przy świetle dzienném nawet za pomocą lupy nie widzimy.

Badanie przy oświetleniu ogniskowém rozpoczynamy od rogówki, wytwarzając obraz płomienia lampy naprzód na niéj i przenosząc go zwolna, za pomocą odpowiednich zmian położenia soczewki oświetlającéj, po kolei na wszystkie części p r z o d k o w é j p o w i e r z c h n i téj błony. Przybliżając następnie soczewkę coraz bardziéj do oka badanego

skupiamy światło po kolei w różnych warstwach samego miąższu rogówkowego, a w końcu na błonie Descemetego, powlekającéj tylną powierzchnię rogówki. Przy należytéj wprawie możemy w ten sposób nie tylko dostrzedz w ogólności najdrobniejsze zmiany chorobowe, ale nawet oznaczyć szczegółowo czy się na jéj powierzchni przodkowéj, lub w jéj właściwym miąższu i w jakiéj jego głębokości, lub wreszcie na błonie Descemetego znajdują, a to mianowicie według tego, czy one najwyraźniéj przy najsilniejszém oświetleniu przodkowéj lub tylnéj powierzchni, lub téż samego jéj miąższu występują.

Zbadawszy rogówkę w całéj jéj rozległości i grubości przybliżamy soczewkę cokolwiek do oka badanego, a skupiając światło po kolei najmocniéj w komórce przodkowéj, na tęczówce, w źrenicy i soczewce śledzimy zmiany chorobowe w tych częściach oka, ułatwiając sobie badanie dwóch ostatnich przez sztuczne rozszerzenie źrenicy za pomocą atropinu, a jeszcze lepiéj homatropinu. Przy mocno rozszerzonéj źrenicy możemy wierzchołek stożka promieni wrzucić nawet do przodkowéj części ciałka szklanego i ujrzeć w niém grubsze przynajmniéj zmiany, jak krew wynaczynioną, ciała obce, zaćmienia i t. d.

Badanie ogniskowe połączyć można w razie potrzeby z badaniem za pomocą lupy. W tym celu oglądamy części oka ogniskowo oświetlone za pomocą lupy Brückego, albo, jak Schweigger radzi, za pomocą dużéj soczewki o 6 do 8 cm. średnicy, a mniéj więcéj 15 cm. odległości ogniskowéj, jakiéj ludzie wiekowi niekiedy do czytania używają. Trzymając taką soczewkę, zaopatrzoną w stósowną rączkę, w takiéj odległości od swoich oczu, abyśmy oboma równocześnie przez nią widzieć mogli, od oka badanego zaś tak oddaloną, aby jak najmocniéj powiększała, ujrzymy przedmiot badania powiększony nie tylko w płaszczyźnie ale zarazem i w wymiarze jego głębokości.

Ciałko szklane i dno oka badać możemy przedmiotowo tylko za pomocą wziernika, o którym w następnym rozdziale mówić będziemy.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

Obecny stan sprawy wykrywania zfałszowań masła obcemi tłuszczami. Skreślił Dr. Leon Kopff.

W ciągu czterech lat ostatnich metody wykrywania zfałszowań i badania masła uległy znacznym zmianom. Zmiany te inaugurował O. Hehner z Wight w r. 1876 pracą p. t. *„Die Analyse des Butterfettes mit besonderer Rücksicht auf Entdeckung u. Bestimmung von fremden Fetten“ (Zschrft. f. anal. Chemie* XVI, 145). Przedtém opierano badania prawdziwości masła li tylko na jego własnościach fizycznych; oznaczano punkt topliwości, rozpuszczalności w wyskoku, eterze, benzynie etc. badano zachowanie się względem stężonych kwasów i t. p. Metody na takich zasadach oparte dozwalały wprawdzie odróżnić czysty tłuszcz od masła i na odwrót, nie były jednak w stanie wykryć i oznaczyć przymieszki obcych tłuszczów do masła. Tymczasem wiadomo, jak nie trudno otrzymać przez odpowiednie zmieszanie tłuszczów łatwo z trudno topliwemi i dodanie niewielkiéj ilości masła, takie produkta, które na pozór nie będą się różniły od masła czystego, ani wejrzeniem, ani smakiem, ani zapachem, ani fizycznemi własnościami. Z drugiéj znów strony zdarza się, że masło, które skutkiem starości przybrało smak, wejrzenie i zapach łoju, niesłusznie za łój poczytane bywa.

Hehner, a następnie E. Reichert i Koettstorfer wprowadzili metody o wiele dokładniejsze, a nawet prostsze. Metody te polegają na oddzieleniu kwasów tłuszczowych lotnych od nielotnych i na ich oznaczeniu.

Masło różni się od wszystkich innych tłuszczów, pochodzenia tak zwierzęcego jak i roślinnego, zawartością kwasów tłuszczowych lotnych lub we wodzie rozpuszczalnych. Wszystkie tłuszcze są mięszaniną trójglycerydów z kwasem stearynowym, palmitynowym i olejowym, kwasów nielotnych i w wodzie nierozpuszczalnych. Masło zaś zawiera jeszcze oprócz tych składników kwasy rozpuszczalne we wodzie i lotne jak kwas masłowy, kapronowy, kaprylowy i taurynowy.

Na tych własnościach masła oparty O. Hehner użył następnéj metody. Zmydlił pewną, oznaczoną ilość masła, rozpuścił otrzymane mydło w wodzie i wydzielił kwasem siarkowym rozcieńczonym kwasy tłuszczowe w wodzie nierozpuszczalne. Ciecz odlaną poddał destylacyi, a przepędzone kwasy tłuszczowe lotne oznaczał ługiem potasowym lub sodowym, odpowiednio ustawionym. Metoda ta, po kilkakroć próbowana, nie zawsze dawała wyniki odpowiednie. Z tego powodu podaje daléj Hehner następną metodę: Z danéj ilości masła, dokładnie poprzednio przez przetopienie, odstanie i odsączenie oczyszczonego, odważa się 3 do 4 grm. dodaje się do tego 50 cm. sz. alkoholu i kawałeczek wodnika sodowego lub potasowego, do 2 grm. ważącego. Całą mięszaninę ogrzewa się na łaźni wodnéj, przez co wkrótce rozpuści się tłuszcz w ciecz żółtą, woni eteru masłowego. Alkohol odparowuje się daléj na łaźni wodnéj, poczém pozostałość rozpuszcza się w 100 do 150 cm. sz. wody i dodaje się kwasu rozcieńczonego solnego lub siarkowego, aż do silnie kwaśnego oddziaływania. Kwasy tłuszczowe nierozpuszczalne wydzielą się teraz jako masa biała, kłaczkowata, wypływająca na powierzchnię i tutaj za ogrzaniem rozpływająca się w oléj jasny. Tak wydzielone kwasy zbiera się na sączek zwilżony, (przed tém zważony) wymywa się dokładnie wodą wrzącą i suszy się wraz z sączkiem w pucharku, również poprzednio zważonym, przy ciepłocie 100° C. Według Hehnera masło tak badane powinno dać 86.5 do 87.5% (rzadko do 88%) kwasów tłuszczowych nierozpuszczalnych. Wszystkie inne tłuszcze, tak roślinne i zwierzęce, dają ilości mało co przewyższające lub prawie dochodzące 95.5%. Tłuszcz domieszany do masła oznacza Hehner ilościowo za pomocą wzoru: $8 : 100 = (t - 87.5) : x$, gdzie t oznacza ilość znalezionych kwasów tłuszczowych nierozpuszczalnych. (8 stanowi różnicę między przyjętemi średniemi liczbami kwasów tłuszczowych nierozpuszczalnych masła i innych tłuszczów $95.5 - 87.5 = 8$ i odpowiada 100 częściom tłuszczu).

Fleischmann i P. Vieht *(Zschrf. f. anal. Chem. von Fresenius* XVII, 287) wykonali tą metodą koło 139 rozbiorów różnych prób masła czystego, jako też zfałszowanego domieszaniem różnych tłuszczów roślinnych i zwierzęcych. W całości potwierdzają oni wyniki metody Hehnera, ale dla masła znaleźli średnią ilość kwasów tłuszczowych nierozpuszczalnych znacznie większą, niż ją Hehner podaje. Według Fleischmanna i Vietha waha się ona między 85.79 a 89.73, i należy dla okrągłości rachunku przyjąć różnicą nie 8 ale 4%. Stósownie do tego, słusznie powiadają obaj wyżéj wymienieni autorowie, nie możnaby wykryć fałszerstwa w mię-

szaninie z równych części czystego masła i obcych tłuszczów. Badacze ci są mniemania, że główny błąd polega w niedokładności oddzielenia na sączku kwasów tłuszczowych rozpuszczalnych od nierozpuszczalnych i przemywaniu ich wodą wrzącą. Raz bowiem potrzeba więcéj, drugi raz znów mniéj wody wrzącéj, a zresztą woda ta raz prędzéj drugi raz wolniéj przez sączek przechodzi, a stósownie do tego mniéj lub więcéj dokładnie zabierze z sobą kwasy tłuszczowe rozpuszczalne. Zresztą nie tak łatwo jest oznaczyć, czy już więcéj nie ma na sączku kwasów tłuszczowych rozpuszczalnych, bo nawet zawodzą tutaj najczulsze papierki lakmusowe.

Również M. Kretzschmar (*Bericht d. deutsch. chem. Gesell. 1877. B. 2091*) uważa liczbę średnią Hehnera dla masła za nisko ocenioną. Badał on większą liczbę różnych prób masła i znalazł wartości: 89.34%; 89.45%; 89.57%; 89.20%; 88.95; 89.55% kwasów tłuszczowych nierozpuszczalnych w czystém maśle. W końcu przychodzi do wniosków: 1) że za pomocą próby Hehnera można odróżnić masło prawdziwe od fałszywego, lecz że 2) masło należy uważać tylko w takim razie za zafałszowane obcemi tłuszczami, jeżeli ilość kwasów tłuszczowych nierozpuszczalnych przechodzi 90%.

E. Reichardt (*Archiv der Pharmacie, IX Bd. 2 Hft 1878*) podaje następujące wyniki badań dokonanych według metody Hehnera. W 9 badanych próbach masła czystego ilość kw. tłuszcz. nierozp. wahała się między 85.70 a 88.02. Dla innych tłuszczów wypadła średnio 94,32% t. j. około 1.2% niżéj niż Hehner podaje. Dla masła z 85.73% kw. tłuszcz. nierozp. zmieszanych z

10% tłuszczu wieprzowego	87.36%	wypada kw. tłuszczowych nierozpuszczalnych.
20% „ „	89.05%	
25% „ „	88.90%	
33.3% „ „	88.21%	
50% „ „	90.65%	

a zatém mieszanina z 10% tłuszczu wieprzowego według średniéj Hehnera 87.5, nie dałaby się wykryć.

W mięszaninie z 20% tłuszczu $89.05 - 87.5 = 1{,}55 \times \frac{100}{8}$ wypada 19.4% domieszki. W ten sam sposób wykryto i obliczono w mieszaninie z 33.3% sadła, 22.6%, z 50% zaś 40% domieszki.

Daléj po zmięszaniu masła zawierającego 86.8% kwasów tłuszczowych nierozpuszczalnych,

z 10% łoju wołowego	87.88%	wypada kw. tłuszcz. nierozpuszczalnych
„ 25% „ „	88.44%	
„ 33.3% „ „	89.92%	

a zatém i tutaj przy użyciu średniéj, podanéj przez Hehnera 87.5, nie można wykryć domieszki, jeżeli ta nie przechodzi 10%; dla mięszaniny zaś z 25% łoju, oblicza się tylko 11.4%, dla mięszaniny 33.3%, koło 30.25% domieszki.

Bachmeyer (*Dinglers polytechn. Journal Bd. 226. S. 103*), analizował według metody Hehnera trzy próby masła, zawierały one 86—87.5% kw. tłuszcz. nierozp. Masło sztuczne, otrzymane przez zmięszanie 1% tłuszczu wieprzowego, 1% łoju wołowego i 2% czystego masła, dało 91.32 i 91.52 kw. tłuszcz. nierozp., co odpowiada domieszce 47.7 i 50% obcych tłuszczów; 55% masła zmięszanych z 45% tłuszczu końskiego dały 91.2% kwasów tłuszczowych nierozpuszczalnych, z czego wypada 46.2% domieszki obcych tłuszczów według obliczenia.

R. Sachsse (*Fresenius Zschft. f. anal. Ch. 17, 151*) badał według metody Hehnera pięć prób masła starego które już cały rok leżały w piwnicy. Masło było na powierzchni spleśniałe, smaku ostrego, woni przejmującéj kwasów tłuszczowych lotnych. Mimo to analiza wykazała w nich następne ilości kwasów tłuszcz. nierozpuszczalnych 88.00%, 87.80%, 88.2%, 88.00%, 87.40%, czyli wszystkie próby masła mogły uchodzić za niezfałszowane przymieszką obcych tłuszczów. A więc utrata kwasów tłuszczowych lotnych, jaka przez ten czas powstała, była tak nieznaczną, że nie mogła przy zastósowaniu metody Hehnera sprowadzić pomyłki z próbami masła zafałszowanego.

Dietzell i Kressner (*ibidem 18, 83*) znaleźli dla oleju palmowego 95.6%, dla oleju lnianego 95.0%, rzepakowego 95.6 itd. Stwierdzili również, że próbą Hehnera można od różnić masło stare od zfałszowanego.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Allan: O użyciu lewatyw zamiast czyśćców w zatwardzeniu w przebiegu duru.

W krótkim artykule, zamieszczonym w *The Lancet* 1881 I. Nr. 23, wymienia autor zarzuty przeciw użyciu czyśćców w durze i zalety w tym razie lewatyw.

Zarzuty przeciw użyciu czyśćców są następne:

1) Czyśćce drażnią żołądek. W durze, jak w wielkiéj części chorób gorączkowych, żołądek łatwo ulega zadrażnieniu i wyczerpaniu. Ważną przeto jest rzeczą oszczędzić żołądkowi wszelkiego niepotrzebnego zadrażnienia, równie jak utrzymać go w odpowiednich warunkach, aby mógł spełniać swą fizyjologiczną czynność, tj. trawienie, a czynność ta żołądkowa jest wielkiéj wagi w przebiegu duru.

Nasuwa się daléj myśl, że nawet łagodne czyśćce mogą sprawić nie tylko nudności, lecz i wymioty a do tych ostatnich, jak nieraz uważano, dołączyć się może niebezpieczeństwo przedziurawienia kiszek w późniejszych okresach choroby.

2) Czyśćce mogą sprawić rozwolnienie bolesne i wyczerpujące siły chorego. Jestem przekonany, powiada autor, że bezwzględne zastósowanie czyśćców w durze może dać powód do ciężkiego i niebezpiecznego rozwolnienia, które jest w stanie wyczerpać siły chorego częścią przez utratę płynów a częścią przez zmęczenie, jakie nastaje przy częstém udawaniu się na stolec. Zdaje się, iż w niektórych przypadkach duru środek czyszczący może dać powód do naglego wyczerpnięcia sił (*prostratio*).

3) Czyśćce mogą dać powód do groźnego krwotoku. Nie można przeczyć, iż gdy podajemy czyśćce, które wprawią rozranione jelito cienkie w silne ruchy, natenczas istnieje wielkie niebezpieczeństwo ze strony krwotoku kiszek. Gdy uprzytomnimy sobie stan gruczołów Payera w późniejszych okresach choroby, pojmiemy, że niebezpieczeństwo to nie jest wymysłem.

4) Czyśćce mogą dać powód do przedziurawienia kiszek. Każdy pojmie rzeczywistość tego niebezpieczeństwa, kto zwróci uwagę, iż ściany kiszek przez owrzodzenia stać się mogą tak cienkiemi, że przy nieco tylko gwałtowniejszym ruchu nastać może przedarcie. Nie potrzeba może przytaczać, że przedziurawienie kiszek, któremu towarzyszy wystąpienie kału do jamy otrzewnowéj, zwykle pociąga za sobą śmierć chorego.

Gdy więc zwrócimy na to uwagę, że to podrażnienie żołądka i kiszek cienkich jest nie tylko bezpożyteczne, lecz zarazem niebezpieczne i gdy daléj zwrócimy na to uwagę, że czynimy go jedynie w celu wypróżnienia prostnicy, a co możemy w inny sposób osiągnąć, nie uciekając się do téj

ze wszech stron pełnéj zarzutów metody, to zdaje się dość już powiedziano, aby potępić użycie czyśćców celem usunięcia zapieczenia stolca w durze.

Korzyści natomiast z użycia lewatyw są następujące:

1) Lewatywy spełniają to wszystko, co zamierzamy osiągnąć, tj. wypróżnienie prostnicy. W prostnicy to bowiem znajdujemy stwardniały kał sprawiający biednym chorym tyle cierpień i przykrości. Nagromadzenie to stwardniałego kału w prostnicy stanowi gotowe źródło niebezpieczeństwa i cierpień dla chorego na dur. Jeżeli chory dotknięty jest krwawnicami, to przechodzenie kału może dać powód do agonii a może téż nastać znaczna utrata krwi. Lepiéj przeto unikać tego niebezpiecznego stanu, ale jeżeli się już przydarzył to najłatwiejszy i najskuteczniejszy sposób ulżenia posiadamy w zastósowaniu obfitéj lewatywy z wody ciepłéj i mydła z dodatkiem może jeszcze oliwy.

2) Ulga nastaje zaraz. Jest to bardzo ważne, bo usuwa się téż i źródło drażnienia.

3) Ulgę otrzymujemy bez jakiegokolwiek zazwyczaj zakłócenia wyższych części przewodu pokarmowego.

Kończąc autor nie twierdzi, że użycie łagodnych a nawet silnych czyśćców w leczeniu duru musi koniecznie pociągać skutki niepomyślne lub groźne, ale mniema, że przy użyciu tychże istnieje niebezpieczeństwo zwłaszcza w późniejszych okresach choroby i kładzie nacisk na to, że posługugując się lewatywami osiągamy cel nie narażając chorych na niepotrzebne cierpienia i niebezpieczeństwo. (*The Lancet* 1881 I. Nr. 26). *Dr. Grabowski.*

Wiadomości pomniejsze.

(A. K.) **Nadzwyczajnie wysoka ciepłota.** Prawdziwie amerykańską wiadomość podaje *Gazz. med. ital.* 23-letnia histeryczka wstąpiła do szpitala w skutek nadużycia środków narkotycznych. Ciepłota badana pod pachą wynosiła wieczorem 44.4°C.; nazajutrz rano ciepłota wieczorna utrzymywała się a w drugiéj połowie dnia stopniowo obniżyła się. W kilka dni potém ponownie ciepłota wzniosła się do 44.4°C., a wieczorem do 47.2°C. w pasze lewéj, w pasze zaś prawéj wynosiła zaledwie 43.3°C. Po upływie kilku dni ciepłota w pasze lewéj wynosiła 43.3°C., w prawéj 46.1°C., a w jamie ustnéj 46.6°C.; w tym czasie ciepłota sali wahała się między 10° a 16°. Na 5 dni przed wyjściem ze szpitala raz jeszcze ciepłota podniosła się do 47.2°C., a w wilię opuszczenia szpitala wynosiła ona 36.6°C. Chora ta dziś jest zupełnie zdrową. Czy też podający te spostrzeżenia posiadał dokładny ciepłomierz, czy się zapewnił, że słup rtęci nie był przerwany? Liczby podane przez gazetę włoską wchodzą w kolizyję z twierdzeniami fizyjologii i niewątpliwie są następstwem niedokładności ciepłomierza.

(A. K.) **Rozczyn jodoformu w olejku rozdrębowym** (1:4) leczy nader skutecznie podług Dra H. C. Howarda wszystkie postacie liszaja; dwu- lub trzykrotne zastosowanie tego rozczynu pędzelkiem wystarcza do usunięcia liszaja. Howard stwierdza skuteczność dawniéj już poleconych świeczek z jodoformu (2.0) i tłuszczu cacao (9.0) w tryprze i białych upławach (*The London med. Rec.* 1881 maj, str. 192 i 193).

(A. K.) **Leczenie żylaków na odnogach dolnych i jądrze** uskutecznia Dr. Douglas następującym, przez niego pomyślanym przyrządem (*vein brooch*); jest to brożka składająca się z rogowéj płytki do dolnéj powierzchni któréj na zawiasku przymocowana szpilka, ktorą się wbija pod żyłę i ostrze zakłada się w kółeczko pod płytką przymocowane; w ten sposób żyła zostaje uciśniętą, i żylak zanika; bólu prawie nie bywa, w ogólnym stanie chorego D. nie spostrzegał żadnych zaburzeń. (*The Lancet* 1881, str, 543 i 544.

(A. O.) P. Landowski na Zjeździe lekarzy francuskich w Algierze podał do wiadomości przypadek, w którym powstrzymał **bardzo znaczny krwotok z guzów hemoroidalnych** za pomocą kąpieli nasiadowéj z wody gorącéj bo od 35° do 45° C. zwolna podczas użycia ogrzewanéj. Kąpiel trwała kwadrans a przez cały ten czas stało ujście prostnicy otworem przez wprowadzenie weń wziernika stolcowego. Nie tylko ustały krwotoki ale i guzy się powoli zmniejszały, aż w końcu znikły, co jeszcze w pół roku stwierdzono. (*Revue de Chirurgie.* Nr. 6. *Juin 1881).*

(K. Gr.) **Mumps.** Capitain i Charrin uwzględniając kliniczne powody, dla których mumps zalicza się do chorób zakaźnych, poszukiwali organicznego jadu w wydzielinach chorych chorobą tą dotkniętych. W każdym przypadku we krwi znaleźli obfitą ilość drobnych ustrojów po największéj części sferycznego kształtu, ale czasami téż podłużnych i w kształcie ruchomych pręcików. W ślinie, jak zwykle, znaleźli znaczne ilości ustrojów, lecz większa ich część podobną była do znajdywanych we krwi. Żadnych zaś ustrojów nie znaleźli w moczu. (*The Lancet* 1881, I. Nr. XXIV).

(A. O.) A. Léon z Rochefortu radzi po wykonaniu **uretrotomii wewnętrznéj** nie pozostawiać cewnika stale, tak jak to po największéj części zwykli robić operatorowie, gdyż to nie zabezpiecza od nacieku moczowego; lecz wprowadzać 4—5 razy na dzień cewnik metalowy Nr. 16—20 celem odciągania moczu zakazując choremu oddawać mocz drogą zwykłą.— Dwa lub trzy dni wystarczają, aby rana wewnętrzna się zagoiła a tém samém i niebezpieczeństwo infiltracyi lub ponownego zwężenia minęło. (*Revue de Chirurgie. — Congrès d'Alger. Juin 1881).*

IV. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Ministerstwo obrony krajowéj L. 676 dn. 10 czerwca 1881. Doświadczenie pouczyło, że rozporządzenie minister. spr. wew. z dn. 26 lipca 1875 L. 10,723 i min. obrony kraj. z dn. 4go maja 1876 L. $\frac{6327}{1310}$ IV wzywające lekarzy cywilnych do pełnienia służby wojskowéj w czasie wojny, wielu zdolnych do tego rodzaju służby przez to głównie odstraszyło, że żądano od nich wystawienia rewersu. Aby nie być pozbawionym pomocy ze strony lekarzy cywilnych, a przedewszystkiem, aby pozyskać świeże siły do służby wojskowéj, ministerstwo wojny i obrony krajowéj nie wymaga więcéj rewersu, tylko zadawala się prostém oświadczeniem, że ten lub ów lekarz gotów jest objąć służbę wojskową w czasie wojny. Również nie żąda się tego, aby lekarze cywilni mianowani na czas wojny byli przydzielani do trupy obrony krajowéj, tylko lekarze tacy będą wzywani do służby w wojsku z zachowaniem stanowiska lekarzy cywilnych.

Lekarze cywilni pełniący służbę w wojsku pobierać będą odpowiednie wynagrodzenie, za gorliwość w służbie znajdą należyte uznanie, a w razie utraty życia w czasie pełnienia służby wojskowéj, będą miały wdowy i sieroty po nich pozostałe prawo do wsparcia ze strony c. k. władz rządowych. C. k. Namiestnictwo wydawać będzie opinije o kandydatach i przydzieli ich do odpowiednich terytoryjów wojskowych obrony krajowéj.

Statystyka epidemij. W tygodniu 26 (do 25 czerwca) ospa w Londynie nieco złagodniała. Świeżo zapadło 338, umarło 88, leczyło się w szpitalach 1692. W Wiedniu umarło z ospy 15, w Budapeszcie 4, w Pradze 2, w Paryżu 24, w Petersburgu 8, w Saragosie 7, w Liverpolu 4 w Lissabonie od 22—28 maja 2, w Bazylei, Brukseli, Wenecyi, Aleksandryi po 1. W Filadelfii i Chicago mniej umarło w 2 połowie maja, a więcéj w Nowym Yorku. W Madrasie umarło od 7—13 maja 53. Odra panuje w Bazylei, Londynie. Z duru brzusznego umarło więcéj w Budapeszcie, Paryżu i Petersburgu, mniej w Genewie. Z duru osut-

kowego umarło w Budapeszcie 4, w Londynie 2, w Wenecyi 1, w Petersburgu 66. W większych miastach hiszpańskich w Madrycie, Walencyi, Maladze, Murcyi, Granadzie pojawia się częściéj tyfus osutkowy. W Rio de Janeiro umarło od 16—30 kwietnia 10 z febry żółtéj. W Krakowie umarło w 27 tygodniu (do 2 lipca) 5 z odry, 2 z płonicy, 3 z błonicy, 1 z krztuśca, 6 z duru osutkowego, 1 z róży; a doniesiono w tymże czasie: o 8 przypadkach odry, 1 płonicy, 1 błonicy, 54 duru osutkowego, 2 róży.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 26 (do 25 czerwca) umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 41,1; w Poznaniu 35,5; w Wiedniu 31,6; w Budapeszcie 33,0; w Pradze 37,3; w Tryjeście 26,1; w Berlinie 32,3; w Wrocławiu 40,5; w Gdańsku 26,3; w Mnichowie 40,5; w Dreźnie 26,2; w Lipsku 16,5; w Bazylei 31,0; w Brukseli 23,6; w Amsterdamie 24,2; w Hadze 25,6; w Paryżu 23,0: w Londynie 19,1; w Kopenhadze 26,1; w Stokholmie 23,5; w Chrystyjanii 22,5; w Petersburgu 61,2; w Odessie 33,5; w Wenecyi 18,6; w Bukareszcie 19,5; w Madrycie 34,7; w Barcelonie 24,8; w Lizbonie 28,3; w Aleksandryi 36,5; w Nowym Yorku 29,9; w Filadelfii 22,4; w Rio de Janeiro 45,0; w Bombaju 28,1; w Madrasie 39,4. *J. B*

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 21 lipca. W chwili, kiedy oddajemy pod prasę dzisiejszy numer Przeglądu, rozpoczyna swe prace Trzeci Zjazd lekarzy i przyrodników polskich. Jak wszystko, co wychodzi z pomysłu Dra Baranieckiego, Zjazdy lekarzy i przyrodników polskich nie tylko szczycą się powodzeniem, lecz z biegiem czasu zyskują na znaczeniu.

Wyjątkowe położenie nasze, brak szkół kształcących tak lekarzy jak i przyrodników w jednym kierunku naukowym, a jako proste jego następstwo, brak ustalonego jednostajnego wyrazownictwa tak lekarskiego jak i przyrodniczego; daléj rozpierzchnięcie się sił naszych pisarskich po obcych nam piśmiennictwach, rozdrobienie naszych zasobów umysłowych i pieniężnych w przedsiębiorstwach małych, ścieśnionych warunkami poosobnych prowincyi; brak wszelkiego wspólnego planu, wspólnéj busoli, podnoszą znaczenie Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich, i rozszerzają zakres ich działania główny, naukowy, na pole spraw obywatelsko-lekarskich. Jeśliby Zjazdy lekarskie za granicą i utraciły racyję bytu, Zjazdy lekarzy i przyrodników polskich zawsze mieć będą podstawę wytworzoną wyjątkowém położeniem naszem: musi być jakieś ognisko, jakiś areopag, którego uchwały nadać powinny jeden kierunek naukowym i ogólnolekarskim usiłowaniom lekarzy i przyrodników polskich.

Nie ulega żadnéj wątpliwości, że przyjęcie uczęstnictwa w Zjeździe przez pobratymców naszych, lekarzy czeskich, dodaje Zjazdowi uroku i znaczenia; zapisując fakt ten, który uważamy za wielką pomyślność, wyrażamy szczerą i głęboką radość jaka w téj chwili napełnia serca nasze. My i Czesi nie potrzebujemy metryk i rodowodów na zadokumentowanie naszego powinowactwa; po za obrębem świadomości tego powinowactwa krwi, jakaś siła magnetyczna pociąga nas na uroczystości czeskie, a nawzajem Czesi przybywają na obchody nasze; magnesem tym, tą siłą ciążenia między pobratymczymi narodami jest oprócz powinowactwa krwi, powinowactwo duchowe. Bez akcyi dyplomatycznéj, bez komitetów i agentów nawiązują się same przez się, siłą dziejowéj prawdy, węzły koleją losu zerwane, i od razu wpadamy w ten ton prawdziwy, do którego harmonizują się nasze stosunki i nasze potrzeby. W omszałych księgach pierwobytnych dziejów naszych kryje się czar téj łatwości, z jaką odszukujemy się i poznajemy się po kilkowiekowém rozłączeniu się; nad kolebką Polaków i Czechów jaśniała pochodnia téj saméj wiary, ten sam promień oświaty zachodniéj rozjaśniał nam drogę żywota dziejowego, a bądź co bądź, oświata i wiara to są te potęgi wychowawcze, w świetle których kształtuje się duchowa fizyjonomija narodów, któréj główne rysy pozostają na zawsze.

Jeśli to nasze powinowactwo duchowe z pobratymcami wzbudza ten pociąg wzajemny, to za jego sprawą, jako loiczne następstwo, wyniknąć musi, że umysłowe owoce oświaty muszą być u obu narodów podobne. Poznanie się więc nasze z Czechami na polu nauki, zrozumienie obustronnych kierunków cywilizacyjnych, słowem wytworzenie w sferach duchowych szczerego porozumienia, więcéj owocu dającego aniżeli porozumienia polityczne, jest interesem dobrze zrozumianym i obowiązkiem wzajemnym obu narodów. To cywilizacyjne porozumienie ma dla nas wielkie znaczenie ze względu na mający wkrótce powstać czeski Uniwersytet w Pradze, na którym uczniowie Rokitańskiego, Škody i Purkinjego w rodzinnéj mowie pouczać będą; Uniwersytety w Pradze, Zagrzebiu, Krakowie i Lwowie, to są twierdze duchowe zachodniéj słowiańszczyzny, których przeznaczeniem jest odparować zamachy w jedną i w drugą stronę i utrzymać w sile i powadze ten duchowy sojusz odporny.

W imieniu obu Towarzystw lekarskich krajowych, których Przegląd jest organem, witamy was z głębi rozradowanego i szczęśliwego serca bracia koledzy i życzymy, ażeby Zjazd zupełnie odpowiedział swemu zadaniu naukowemu, które jest jego głównym celem i ażeby „*utili dulce*" pobyt wasz między nami był tak Wam przyjemnym, jak my mieszkający w tym grodzie, tego z całego serca dla Was i dla nas pragniemy.

* Stowarzyszenie lekarzy czeskich w Pradze wydało Słownik ogólnolekarski niemiecko-czeski, wypracowany przez prof. Weissa, Doc. Janowskiego i Dra Zahora, oraz Słownik łacińsko-czesko-niemiecki wyrazownictwa farmakologicznego, wypracowany przez Dra Jandousa.

Dla braku kompetencyi nie zastanawiamy się nad wartością lingwistyczno-naukową téj pracy; ocenią ją ci, którzy gruntownie znają język czeski, a więc sami Czesi; my poruszymy sprawę uboczną, a mianowicie, że w skutek nawiązujących się naukowych stosunków z kolegami pobratymczego narodu, oraz ze względu na mający powstać Uniwersytet w Pradze z wykładem czeskim, poznanie języka czeskiego staje się dla nas niezbędném, tak ze względów naukowych, jak i obywatelskich; a Słownik, o którym mówimy, niezmiernie ułatwi nam to zadanie. Koledzy, którzy podzielają to nasze zapatrywanie, niewątpliwie zaopatrzą się w ten Słownik, czém poprą dzielnie dzieło naszego zjednoczenia duchowego z Czechami.

* Według nadesłanych nam wykazów w Cieplicach czeskich do d. 13 lipca bawiło gości 5.780, w Giesshübl-Puchstein do 10 lipca osób 64.

* **Krynica.** Od d. otwarcia zakładu po dzień 8 lipca przybyło gości 1347.

* **Wiedeń** 18 lipca. Dziś dzień feryjalny dla wiedeńczyków, wszystko spieszy do Sądu, aby być świadkiem rozprawy toczącéj się przed trybunałem przysięgłych przeciw mordercy barona Sothena. Wiedenki zwłaszcza wybrały się gromadnie bez różnicy wieku, matki z córkami, a ponieważ się wybrały na czas dłuższy, więc z przezorności zaopatrzyły się w wiktuały, które zgrabnie wprawdzie ale gorliwie spożywają śród rozprawy. Przypadek ze stanowiska sądowolekarskiego bardzo prosty: śmierć z krwotoku wewnętrznego skutkiem ran postrzałowych, ale ponieważ osobistość zmarłego była wcale niepopularną, więc pożądanemby było dla publiczności uwolnienie mordercy. Jako znawcy lekarscy wystąpili prof. Hofman i Dr. Doll; zadanie ich było bardzo łatwe. O sprawie téj jako i o kilku innych przy innéj sposobności poczynię swoje uwagi.

Prof. Klebs przybył znów do Wiednia pomimo pominięcia go przez Wydział. Nie ulega prawie wątpliwości, że mianowany zostanie Kundrat z Gracu.

* Przed kilku dniami umarł w Nussdorf człowiek, o którym przed paru laty dużo pisano i mówiono we Wiedniu. Leopold Karl, bednarz, lat 29 liczący, uchodził u gminu za człowieka cudownego; miał on bowiem sypiać przez dwa lata z małemi przerwami kilkotygodniowemi, w których wyłącznie przyjmował pokarmy i napoje. Lud prosty pielgrzymował do jego pomieszkania, nad którém zawieszono portret jego. Lekarze byli zdania, że Karl cierpi na katalepsyję, a co do poszczenia wyrażali wątpliwości swoje. Człowiek ten umarł ze suchot płucnych, a sekcyja wykonana przez Dra Zemana wykazała nadto puchlinę mózgową: rdzeń wyjęto, celem późniejszego zbadania go. Teraz dopiero zjawiają się świadkowie naoczni, którzy zdradzają tajemnicę, że nieboszczyk prawie codziennie się budził i jadł. Uderzającemi atoli były rysy twarzy nieboszczyka; jeszcze po śmierci uderzały one pięknością i powagą.

* **Mianowania i odznaczenia.** Pasteur otrzymał wielki krzyż legii honorowéj za prace nad chorobami zakaźnemi. Wy-

mieniają Pasteura jako kandydata na opróżnione miejsce w Akademii francuskiéj po śmierci Littrego.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 29: A. Sokołowskiego: Spostrzeżenia kazuistyczne ze szpitala św. Ducha w Warszawie. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 29: Goldflama: Długotrwałe wpochwienie kiszki czczéj spowodowane polipami; Matlakowskiego: Obecne stanowisko metody listerowskiéj, z uwzględnieniem głównie zarzutów przeciw niéj wymierzonych.

Redakcyja otrzymała:

Dra Tad. ŻULIŃSKIEGO: W obronie nauczania higijeny w Zakładach naukowych.

Názwoslovi lékařské a lékárnické. (Pod redakcyją prof. Weissa, Doc. Janowskyego, Dra Zahora i Dra Jandousa).

Sprostowanie. Na str. 409, w szpalcie 1széj, wiersz 27 od góry, zamiast szanowanie czytaj „nauczanie."

W zastępstwie redaktora: **Dr. A. Kwaśnicki.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacegotelcla.S

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja:
Ulica Podwale Nr. 84.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 30 lipca 1881. **№ 31.** Rok XX.

I. Ropień w wątrobie skutkiem urazu tępego.

Przypadek sądowo-lekarski.

Skreślił Dr. **Ferdynand Obtułowicz**,
c. k. lekarz powiatowy.

(Rzecz czytana na 2giém posiedzeniu sekcyi dla Medycyny publicznéj III Zjazdu lek. i przyrod. w Krakowie.

Przewracając karty piśmiennictwa lekarskiego w zakresie Medycyny sądowéj, przekonałem się, że rozdział o urazach wątroby nawet w dziełach pomnikowych i stanowiących prawdziwą chlubę tego rodzaju literatury, zbyty jest kilku lub kilkunastu wierszami, z których dowiadujemy się tylko o niebezpieczeństwach pęknięć lub zranień wątroby, bądź narzędziami ostremi bądź pociskami. O z r o p i e n i u w ą t r o b y po urazie tępym nie znajdujemy prawie ani słowa, gdyż nawet największe powagi na tém polu, jak Maschka w swém najnowszém dziele: *Handbuch der gerichtlichen Medizin* 1881, str. 225 wzmiankują pobieżnie tylko o napotykaniu ropni przerzutowych (metastatycznych) w wątrobie skutkiem ropnicy, lub téż ograniczają się do wzmianki, że ropień w wątrobie znaleziono przy skaleczeniach głowy, i chciano mu nawet z tego powodu przypisać charakterystyczny związek z zranieniami głowy, ale Maschka przypisuje powstanie to albo zakażeniu krwi ropą *(Pyaemia)*, albo téż tylko ogólnikowo przypuszcza równoczesne uderzenie w okolicę wątroby.

Zresztą ani Casper-Liman w wydaniu 6tym (1876 r.) słynnego dzieła ozdobionego liczną i wyborową kazuistyką, ani Dr. Friedberg w najnowszym zbiorze przypadków sądowo-lekarskich *(Gerichtsärztliche Praxis*, 1881), ani prof. Hoffmann z Wiednia, znakomicie obznajmiony z literaturą sądowo-lekarską, ani wreszcie Schauenstein, nie czynią najmniejszéj wzmianki o tém, aby skutkiem urazu tępego mogło powstać zropienie wątroby z charakterem p i e r w o t n y m.

Ta to okoliczność skłoniła mnie głównie, że mój przypadek sądowo-lekarski poddaję rozwadze i krytyce szan. kolegów dzisiaj tu zebranych, a powoduje głównie mną to przekonanie, że może wielu kolegów w dyskusyi opowie odnośne przypadki ze swéj praktycznéj działalności, a przez to wzbogacony i wyświecony zostanie rozdział medycyny sądowo-lekarskiéj, tak systematycznie z powodu rzadkości tego rodzaju przypadków po macoszemu traktowany. Szan. Zgromadzenie daruje zatém, że wywód oględzin lekarskich i motywa orzeczenia podam w całéj rozciągłości, nie pomijając żadnych drobnych nawet szczegółów.

Zwierzchność gminy Isaj w powiecie turczańskim doniosła 15 listopada 1879, że w Isajach umarł 40-letni gospodarz, pobity przed 5 tygodniami na polu, a ponieważ umierał z tém przekonaniem, że ginie z przyczyny owego pobicia, przeto zwierzchność gminy zawiadomiła o tém c. k. Sąd powiatowy i upraszała o dokonanie sekcyi. Komisyja sądowo-lekarska przybyła natychmiast dnia następnego t. j. 16 listopada do Isaj, gdzie na wstępie zaraz dowiedziała się od obecnych włościan, że zmarły został pochwycony za części rodne i powalony na ziemię, że następnie dłuższy czas chorował i skutkiem pobicia w końcu umarł. Oględziny zewnętrzne dokonane z całą ścisłością wykazały:

1. W trupiarni położonéj przy ogrodzeniu cerkiewném w Isajach znaleziono zwłoki mężczyzny dorosłego złożone w trumnie zrobionéj z drzewa białego, ubrane w koszulę i spodnie z płótna grubego, przewiązane czarną przepaską, z czapką baranią na głowie.

2. Po wydobyciu zwłok tych z trumny i obnażeniu ich pokazało się, że należą one do mężczyzny liczącego lat 35 do 40 dobrze zbudowanego, lecz wychudłego.

3. Skóra na twarzy zabarwiona brudno-żółtawo, zresztą barwa skóry na zwłokach jest brudno płową; brzuch mocno wydęty, kończyny dolne mocno wodnisto obrzękłe, szczególniéj dokoła obu kostek i na stopach. Za miernem nawet ugnieceniem skóry obrzękłéj pozostają wyraźne dołki.

4. Skóra prącia również mocno obrzękła, ujścia cewki moczowéj nie widać z powodu wodnistego obrzęku napletka. Skóra moszen nieznacznie tylko obrzmiała, mocno zaczerwieniona i z przyskórka po największéj części obnażona; — na tylnéj powierzchni moszen przyskórek brudno-zielony, schodzi płatowato z zaczerwienionéj i wy-

przałéj skóry moszen. Zresztą na częściach rodnych i na międzykroczu nie widać żadnych owrzodzeń ani śladu jakiéjkolwiek przetoki. Jądra oba wielkości małego jaja kurzego nie okazują żadnego śladu przebytego zapalenia lub jakiegokolwiek innego zboczenia od stanu prawidłowego.

5. Na skórze grzbietu liczne rozlane sińce pośmiertne, nie okazujące za nacięciem żadnego podbiegnięcia krwią. Przyskórek na skórze w okolicy krzyżów jest podniesiony przez ciecz surowiczą i z łatwością odchodzi płatami.

6. Na obu oczach rogówki zmętniałe, — przez nie przezierają z trudnością źrenice miernie i jednostajnie rozszerzone. Twardówki nieznacznie żółtawo zabarwione.

7. Zwłoki cuchną mocno, a woń obrzydliwa dała się usunąć dopiero po obfitém i kilkakrotném zlaniu ich roztworem kwasu karbolowego.

Oględziny wewnętrzne.

8. Kości czaszki grube, blade, nie okazują na swéj powierzchni żadnego śladu uszkodzenia lub podbiegnięcia krwią; wzdłuż szwu strzałkowego przeświecają, z powodu obecności kilku drobnych dołków granulacyje Pacchiona.

9. Opona twarda mózgu niedokrewna, grubości prawidłowéj; opony miękkie wzdłuż naczyń żylnych zmętniałe, a na brzegu wewnętrznym obu półkul niemal mleczno zabarwione. Żyły opon miękkich miernie krwią nastrzykane.

10. Mózg na przekroju blady, wilgotny i ciastowaty,— komórki boczne wielkości prawidłowéj zawierają wewnątrz nieco płynu surowiczego. Komórka czwarta również wielkości prawidłowéj, próżna. Na podstawie mózgu opony miękkie są przeźroczyste i miernie krwią żylną wystrzykane.

11. Na podstawie czaszki nie widać żadnego zboczenia — zatoki żylne miernie krwią wypełnione.

12. Błona śluzowa tchawicy brudno czerwono zabarwiona.

13. Gruczoł tarczykowy wielkości prawidłowéj.

14. Płuco lewe wolne, na przekroju trzeszczące, zalewa się obficie cieczą czerwoną, pienistą, w częściach tylnych i dolnych ciecz ta przybiera odcień ciemno czerwony.

15. Płuco prawe na całym swym obszarze przyrośnięte do opłucnéj żebrowéj i przeponowéj za pomocą krótkich pasem utworzonych z błon wrzekomych. Miąższ tego płuca nieco zbitszy, niż płuca lewego, lecz nie okazuje również żadnych guzów zbitych wewnątrz; na przekroju trzeszczący, zalewa się płynem pienistym ciemnawo-czerwonym.

16. Serce w stanie rozkurczu, wiotkie, okazuje wzdłuż rowku podłużnego i poprzecznego skąpą ilość tłuszczu; na przekroju miąższ serca żółtawo-czerwony; zastawki komórek i tętnic prawidłowe.

17. W jamie brzusznéj około pół litra cieczy surowiczéj, czerwonéj.

18. Wątroba mocno powiększona, o brzegach zaokrąglonych, sięga swym płatem lewym aż w okolicę śledziony, brzegiem dolnym ku linii pępkowéj, a górnym do 4tego międzyżebrza. Torebka jéj w części przodkowéj przeźroczysta, przez nią przegląda miąższ żółtawo-brunatno zabarwiony. W tylnym odcinku torebka ta jest zmętniałą, a nawet zgrubiałą, a cała wątroba jest wzdłuż swego brzegu tylnego i dolnego mocno do otoczenia swego za pomocą błon wrzekomych przyrosłą, tak że dopiero po przecięciu tychże i oddzieleniu wątroby od przepony i okolicy kręgosłupa daje się w całéj swéj wielkości ku przodowi wyciągnąć. Miąższ wątroby jest bardzo kruchy, a przy płytkiem przecięciu warstwy powierzchownéj wydatnie żółtawo zabarwiony. Za nacięciem głębszém wątroby w samym jéj środku trysnęła silnym strumieniem żółta ropa w znacznéj ilości, wynoszącéj koło $1\frac{1}{2}$ litra, — a po należytém rozkrojeniu i wypłukaniu wątroby w środku odsłonił się ropień wielkości blisko główki noworodka, o ścianach zatokowato zagłębionych i wysłanych błoną właściwą, miękką, opatrzoną w liczne strzępki. W środku ropnia widać liczne przegrody większe i mniejsze, dające się z łatwością rozrywać.

Po wydobyciu wątroby z jamy brzusznéj poddano wnętrze ropnia jak najdokładniejszemu zbadaniu, jednakowoż nie zdołano wykryć nigdzie żadnego ciała obcego, w szczególności zaś nie odkryto żadnych kamyków żółciowych. W ścianach ropnia nie wykryto również nigdzie ani śladu komunikacyi z jakąkolwiek przetoką, z większym przewodem żółciowym, lub zatorowaną żyłą.

W żyłach wątrobowych, mianowicie gałązkach żyły bramnéj, znaleziono tylko zwykłe czerwonawe wiotkie skrzepy, wcale nie rozpadające się ropiasto, podobnież w żyle próżnéj wstępującéj (*vena cava ascendens*) wynik troskliwych badań był tylko ujemny. Pęcherzyk żółciowy próżny, nie zawiera ani śladu kamyków żółciowych, błona jego śluzowa pomarańczowo zabarwiona, przewody żółciowe drożne i próżne. Do około ścian ropnia miąższ wątroby jest nadzwyczaj kruchy i łatwo się rozpadający. Na powierzchni wątroby nie widać żadnéj blizny, podobnież na powłokach brzusznych w okolicy wątroby nie widać żadnéj blizny, ani nawet śladu dawniejszéj wybroczyny lub innego uszkodzenia.

19. Żółtaczki wydatnéj nie ma wcale, a zaledwie mały jéj odcień w żółtawém zabarwieniu skóry twarzy dostrzedz się daje.

20. Śledziona w trójnasób jest powiększoną, torebka jéj gładka i napięta. Na przekroju miąższ ciemno-wiśniowo zabarwiony; w środku jego rozsiane liczne ciałka Malpighiego w postaci kropek białawych. Miąższ kruchy.

21. Obie nerki wielkości prawidłowéj; lewa daje się wydobyć z łatwością, torebka jéj cienka; przeciwnie nerka prawa mocno do swego otoczenia, szczególniéj w górnym odcinku w okolicy wątroby, przyrośnięta, — torebka jéj mocno zmętniała, — a nawet w górnéj części zgrubiała. Miąższ na przekroju brunatno-czerwono zabarwiony, połyskujący i zbity, w istocie korowéj widać liczne prążki czerwonawe, rozchodzące się odśrodkowo niemal promieniśto od piramid. Piramidy nieco rozstrzępione. Torebka daje się ściągnąć z trudnością, zarywając tu i owdzie nieco miąższu.

22. Żołądek i jelita mocno gazami wydęte.

23. Błona śluzowa żołądka pokryta znaczną warstwą śluzu szklistego, zawartość jego stanowi płyn brudny, brunatnawy, po którego odpłynięciu widać drobiny sérowate i łojowate, dające się łatwo rozetrzeć między palcami.

Dno żołądka okazuje błonę śluzową brudno czerwono zabarwioną z żyłami licznemi, zastoinowo nastrzykanemi. Żadnych nadżerek, ani owrzodzeń dostrzedz nie można.

24. Jelita cienkie okazują na rozkroju błonę śluzową bladą, cienką warstwą śluzu pokryte; w jelicie biodrowém nieco treści żółtéj, cuchnącéj i miazgowatéj. Owrzodzeń żadnych nie dostrzeżono.

25. Jelito grube wypełnione znaczną ilością kału żółtego miazgowatego. Owrzodzeń żadnych nie dostrzeżono.

26. Pęcherz moczowy skurczony, zaledwie na dnie jego nieco moczu żółtawego, mętnego.

27. Ujście wewnętrzne (pęcherzowe) cewki moczowéj i błona śluzowa téjże nie okazują żadnego zboczenia od stanu prawidłowego

Spotkawszy się z tak wyjątkowym w zakresie Medycyny Sądowéj wynikiem oględzin pośmiertnych zwłok, nie odważyłem się od razu wydać stanowczego orzeczenia, lecz prosiłem Sąd powiatowy o kilkadniową zwłokę a nadto o dodatkowe w wytkniętym kierunku przeprowadzenie śledztwa, a to z powodów następujących:

Jak już na wstępie mego odczytu przytoczyłem, literatura sądowo-lekarska przypuszcza jedyne pojawienie się ropni w wątrobie na drodze przerzutowéj, milczy zaś zupełnie o możliwości powstania ropienia w tym narządzie bezpośrednio po wymierzonym urazie tępym; jedynie literatura z zakresu chorób wewnętrznych i chirurgicznych objaśnia nas w tym względzie przez usta najznakomitszych swych przedstawicieli w sposób następujący:

„Zapalenie wątroby z charakterem ropnym jest w krajach naszych zjawiskiem n a d z w y c z a j n i e r z a d k i é m, częściéj za to pojawia się w krajach gorących. W ogóle ropne zapalenie wątroby powstaje a l b o 1) w sposób pierwotny z przyczyn nieznanych, lub też skutkiem urazu (*Hepatitis suppurrativa idiopathica vel traumatica*), co jednak jest rzeczą tak rzadką, że jak Niemayer w swém znaném dziele (*Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie* str. 713) wspomina, Buda na 60 spostrzeganych własnych i obcych przypadków zaledwie w 1 stwierdza skaleczenie jako przyczynę ropienia wątroby,

albo też 2) powstaje w sposób następowy (*secundär*) przy wytwarzaniu się kamyków żółciowych, nieżytów ropnych dróg żółciowych, zropieniu torbieli wieńcogłówkowych i owrzodzeniu organów, sąsiednich jak np. przy wrzodzie żołądka, raku odźwiernika,

albo wreszcie 3) w sposób przerzutowy (metastatyczny) przy ropieniu lub wrzodach w zakresie żyły wrotnéj (*Vena portae*), a więc np. przy czerwonce, wrzodach jelitowych, ropniach w macicy, jeżeli zatory ropiaste rozpadające dostają się do wątroby.

Jak szan. Panowie z łatwością zauważyć raczyli, dokładne oględziny pośmiertne nie wykazały żadnéj z przyczyn, którąby odnieść można do 2 na ostatku wymienionych kategoryj t. j. zropienia wątroby nie można było wytłumaczyć ani w sposób następowy, ani też przerzutowy, została nam tylko kategoryja pierwsza t. j. przypuszczenie albo ropnego zapalenia wątroby w sposób samoistny, albo też zestawić to ropienie w związek przyczynowy z pobiciem przed 5 tygodniami dokonaném. Ponieważ lekarz myślący nie zadowoli się nigdy, a przynajmniéj bardzo rzadko, tłumaczeniem powstania somoistnego choroby jakiejś, i postępując racyjonalnie uwzględnić się stara koniecznie moment ajtijologiczny, przeto naturalną było rzeczą, że śmierci denata również nie przypisałem samoistnemu zropieniu wątroby, lecz starałem się dokładnie zbadać, czy też w tym rzadkim przypadku przecież nie da się stwierdzić związek przyczynowy między pobiciem a następowém zropieniem wątroby; pomimo że przy oględzinach pośmiertnych nie zdołaliśmy wykryć ani śladu jakiegokolwiek uszkodzenia na powłokach brzusznych, ani też na powierzchni wątroby, przeto uprosiłem c. k. Sąd powiatowy o wyjaśnienie na podstawie śledztwa szczegółów następujących:

1) Czy denat aż do chwili pobicia był zdrów zupełnie, czy posiadał dobry apetyt i jakie w ogóle w życiu swém przebywał choroby; czy nie miał dawniéj kiedy żółtaczki?

2) Czy był mocno kolankowany lub uderzany narzędziem tępém w okolicę prawą podżebrza; w ogóle zaś jaki przebieg był pobicia?

3) Czy zaraz po pobiciu lub też dopiero w dni kilka zaczął niedomagać; czy uskarżał się na ból w wątrobie t. j. po stronie prawéj brzucha, czy wkrótce po pobiciu począł doznawać dreszczu i gorączki?

(Dokończenie nastąpi).

II. Z prywatnéj kliniki chirurgicznéj Dra Rydygiera w Chełmnie n/W.

10 przypadków laparotomii.

Napisał Dr. Rydygier.

(Dokończenie. Patrz Nr. 29).

Wracam do opisu naszego przypadku:

J. E x n e r, 50 lat wieku, pochodzi z zdrowéj rodziny, nie pamięta żeby kto z jego rodziny cierpiał na raka. Dzieckiem będąc siedmioletniem przebył zapalenie szpiku kości udowéj prawéj (*osteomyelitis femoris*) (kawałki kości wychodziły). Dziś znajduje się zatoka nad kłykciem wewnętrznym prawym, z któréj się ropa ciągle wydziela. Przed 15 laty miał wodną puchlinę, a przedtém już kaszlał i cierpiał na dychawicę i szczególniéj w zimie musiał dużo wykrztuszać. W kwietniu 1880 r. rozpoczęła się obecna choroba brzucha rznięciem, późniéj wymiotami, występującemi mianowicie po zużyciu cięższych potraw.

B a d a n i e d n i a 4 grudnia 1880 r.

Mężczyzna źle odżywiony; na większéj części skóry *pityriasis versicolor*. Doły nad- i podobojczykowe wydatne; nieżyt prawego szczytu płuc; granice wątroby prawidłowe; serce zdrowe; przetoka na pr. kończynie powyżéj już opisana. B r z u c h miernie naprężony; przy obmacywaniu czuć większą odporność pod prawym m. prostym nad pępkiem; tamże ograniczony ból za uciskiem.

R o z p o z n a l i ś m y r a k a odźwiernika z pewném zastrzeżeniem, gdyż powiększona odporność na wspomnianém miejscu była zbyt niewyraźną i wymioty nie bardzo typowo występowały. Z drugiéj zaś strony przemawiały za rakiem odźwiernika następujące objawy: odporność choć niewyraźną mogliśmy stale przy częstych naszych badaniach wyczuć i o bolesności tego miejsca się przekonać; daléj wymioty następujące choć nie zawsze, ale dość często w kilka godzin po jedzeniu, a nareszcie kachektyczne wejrzenie chorego, które wprawdzie można było także odnieść do cierpienia płucnego i do ustawicznie sączącéj przetoki.

L a p a r o t o m i j a podjęta dnia 17 grudnia 1880 wykazała, że nie omyliliśmy się w rozpoznaniu, ale zarazem znaleźliśmy sieć zasianą drobnemi guzkami rakowatemi, tak że od dalszéj operacyi odstąpiliśmy. Poznaliśmy teraz także przyczynę, dla czego odporność tak niewyraźnie wyczuć się dawała: rak zajmował bowiem tylko tylną ścianę odźwiernika, pozostawiając przednią jeszcze nietkniętą. Dnia 23 gr. 1880 r. znaleźliśmy przy pierwszéj zmianie oprawy całą ranę zagojoną i wypuściliśmy z zakładu chorego zaopatrzonego w opaskę brzuszną. Najwyższa ciepłota wynosiła 37,6°C.

Przed 6 tygodniami przedstawił się nam nasz chory, skarżąc się na dawniejsze swe dolegliwości.

VI. Przypadek przetoki kałowéj wyleczonéj wycięciem kawałka chorego jelita i zeszyciem.

Podobno już w roku 1853 wyleczył Polano przetokę kałową przez wycięcie odpowiedniego kawałka jelita, ale większego znaczenia i szerszego rozpowszechnienia doznała operacyja ta dopiero w nowszym czasie, kiedy sposób przeciwgnilny dozwala bez wielkiego narażenia chorego wykonywać laparotomiję.

Ilość przypadków dotychczas znanych jeszcze tak mala, że już z tego względu przypadek nasz zasługuje na ogłoszenie.

Otlewski Jan, 46 lat liczący, nigdy dotychczas obłożnie nie chorował. W maju 1879 r. uderzył go pień drzewa w okolicę pachwinową prawą, poczém utworzył się tam guz wielkości pięści wielkiéj, dający się wtłoczyć (?), jak chory twierdzi, do brzucha, ucisk na niego wywoływał mdłości. Guz ten trwał aż do września 1880 r. niemal bez zmiany; wtenczas dopiero pękł i wypłynęła wielka ilość mocno cuchnącéj ropy (pełny talerz). W tydzień potém spostrzegl chory, że i spożyte pokarmy tym otworem się wydzielają. W dwa tygodnie po otwarciu się owego ropnia przybył on do kliniki.

Badanie dnia 21 września 1880 r.

Mężczyzna wysokiego wzrostu, miernie odżywiony, na duchu podupadły.

W narządach wewnętrznych nie znajdujemy nic nieprawidłowego.

W okolicy pachwinowéj prawéj, tuż pod więzem Pouparta, w połowie odległości pomiędzy spojeniem kości łonowych, a przednim kolcem biodrowym górnym, znajduje się otwór w powłokach brzusznych wielkości blisko marki, komunikujący z kiszką. Brzegi tego otworu pokryte ziarniną, nierówne, powyżerane, w górnéj części z odwiniętą na zewnątrz błoną śluzową kiszek zrośnięte (przetoka wargowata *lippenförmig*). W otwór możemy wprowadzić najgrubszą świeczkę, która zagłębia się w kierunku do góry, innego kierunku np. na dół — odpowiednio do odprowadzającego końca kiszki — wyśledzić nie można. Otworem wydziela się niemal ciągle treść kiszek w małéj ilości; nieraz i niestrawione pokarmy; stolec *per anum* regularny.

Kiedy przetoka mimo kilkomiesięcznego troskliwego leczenia się nie zagoiła, wykonałem dnia 15 lutego b. r. wycięcie odpowiedniego kawałka przedziurawionéj kiszki.

Po dokładném wypróżnieniu kiszek i odwietrzeniu okolicy przetoki poprowadziłem cięcie na 7cm. długie od przetoki ku górze przez skórę, mięśnie i wiąz Pouparta. Zatamowanie dokładne krwotoku, przecięcie otrzewny i obrąbienie nią brzegów. Oddzielenie pętli kiszki, na któréj wypukłéj stronie *(convex)* znajdowała się przetoka, od brzegów przetoki w ścianie brzusznéj; oddzielenie krezki (*mesenterium)* od kiszki, przecinając je pomiędzy podwójnemi podwiązkami z katgutu w małych odstępach nałożonemi. Założenie moich elastycznych uciskaczy na granicach zamierzonego wycięcia i wycięcie 6cm. długiego kawałka kiszki, w którym się otwór znajdował. Zeszycie końców przeciętéj kiszki podwójnym szwem Gussenbauer-Czerny'ego (blisko 40 szwów katgutowych założyliśmy). Trudności z wyrównaniem brzegów zeszyć się mających nie mieliśmy, bo dokładnie sobie odpowiadały. Po wymyciu pola operacyjnego 2% letnim karbolem zapuszczenie zeszytéj kiszki do jamy brzusznéj, zeszycie otrzewnéj katgutem, zamykając tym sposobem szczelnie jamę brzuszną, następnie zeszycie skóry z wyjątkiem ubytku wielkości marki powstałego po wycięciu przetoki, dokąd założyliśmy krótki sączek, sięgający do otrzewnéj. Opatrunek Listera.

Chory czuje się dobrze po operacyi; nie wymiotuje; nie ma żadnych bólów w żywocie, a mimo to gorączka dochodzi do 38,8. Dla tego zmiana opatrunku 3 dnia; rana przedstawia się wybornie: nie ma najmniejszego zapalnego odczynu, ani wydzieliny. Przy dalszém badaniu wykazuje się zapalenie lekkie prawego płuca, co zupełnie tłumaczy podwyższenie ciepłoty. Wiatry odchodzą już drugiego dnia, a w tydzień po operacyi pierwszy stolec. Po 4 tygodniach pacyjent zupełnie wyleczony opuszcza zakład.

Przed kilku tygodniami mieliśmy sposobność badania chorego: wygląda wybornie, znacznie przybrał na tuszy; blizna mocna, tylko po nad blizną małe wypuklenie, zaleciliśmy więc noszenie paska.

W końcu nadmieniam, że — o ile nam wiadomo — pierwsze to wycięcie kawałka kiszki przez Polaka ze skutkiem wykonane. Dwa przypadki ogłoszone nie dawno temu z kliniki prof. Bryka przez Schramma w Przeglądzie Lekarskim Nr. 22 b. r. zakończyły się śmiertelnie. Czy prócz tego jeszcze jakie wycięcie kiszek u nas zrobiono, z dostępnéj dla nas literatury dowiedzieć się nie mogliśmy.

3. Przyczynek do nauki o powstawaniu zwichnień ręki.

Zwichnienia stawu ręki należą bez zaprzeczenia do rzadkich nader spostrzeżeń chirurgicznych tak, iż C. Hueter w dziele swém pod tytułem „Klinika chorób stawowych" (str. 501) słusznie mógł o nich wyrzec: pomimo, iż nie można wątpić o wydarzaniu się prawdziwych zwichnień w stawie promienio-nadgarstkowym (*radio-carpal)*, jednakże ich zajście jest w każdym razie kliniczną rzadkością (*Curiosität*). Podobnież wyraża się i Koenig w swym podręczniku (str. 714) Tillmanns zebrał w *Archiv der Heilkunde* tom XIV. 24 przypadki zwichnień ręki, z których 13 wydarzyło się ku stronie grzbietowéj, a 11 ku stronie dłoniowéj; między niemi było jednakże tylko 14 przypadków zwichnień bez złamania kości. Podług Koeniga zwichnienia ku stronie grzbietowéj częściéj zachodzą aniżeli ku stronie dłoniowéj.

Wypadek przez nas obserwowany należy także do zwichnień ku stronie grzbietowéj. Ogłoszenie tegoż byłoby już dla rzadkości podobnych przypadków usprawiedliwioném, lecz wydaje mi się tém pożądańszém, o ile w naszym przypadku sposób powstania dokładnie jest znanym:

Franciszek Mądrzejewski, 19 lat liczący, przedstawił się 18go stycznia 1881 r. w ambulatoryjum naszém mówiąc, iż przed pół godziną zranił sobie rękę. Po dalszém wypytywaniu dowiedzieliśmy się, iż na wązkiéj ścieżce pomiędzy dwoma domami chory chciał zatrzymać cofający się naładowany wóz i że jego ręka ku grzbietowi zgięta o wóz była opartą. Kiedy mimo wysilenia nie mógł wozu zatrzymać, zostało przedramie jego w łokciu zgięte skośno do ściany przyciśniętém. Nagle uczuł jakoby pęknięcie w stawie ręki i tylko z trudnością udało mu się rękę wyzwolić. Przy badaniu znaleźliśmy, iż górny szereg kości napięstka znajdował się na grzbiecie kości promieniowéj. Płaszczyznę stawową kości napięstka, jakotéż promienia i wyrostka rylcowego kości promieniowéj można było wyczuć, gdyż otoczenie nie było jeszcze obrzmiałem; wyrostek rylcowy kości

łokciowéj znajdował się na prawidłowém miejscu. Rozpoznanie w danym przypadku nie sprawiało trudności i było nie omylném; przedewszystkiem zaś nie było możliwém pomieszać ze złamaniem kości.

Nastawienie udało się z łatwością przez ciągnienie za rękę i odpowiedni nacisk miejscowy. Nastawione kości pozostały w swém miejscu — dalszy dowód, iż w danym razie było prawdziwe zwichnienie.

Co do sposobu powstania, to go już wyżéj dokładnie podaliśmy. Wyobrażamy sobie, iż kości w stawie ręki się stykające niejako wyśrubowane zostały przez wóz z boku i skośnie pchający, podczas gdy górna część przedramienia o ścianę była opartą. Koenig przytacza, że tego rodzaju zwichnienia wywoływane być muszą nadmierném zgięciem ręki ku stronie dłoniowéj. W naszym przypadku właśnie przeciwnie zwichnienie wskutek zgięcia ręki ku grzbietowi nastąpiło; lecz bynajmniéj nie twierdzimy, iżby to częściéj zachodziło.

Natomiast jesteśmy przekonani, iż w naszym przypadku niejako śrubowe wypchnięcie kości wielce się przyczyniło do powstania zwichnienia ku grzbietowi mimo takiego położenia ręki.

III. Oceny i sprawozdania.

Dr. Raymond: Skutki lecznicze kwasu karbolowego w chorobach gorączkowych.

Na posiedzeniu Towarzystwa bijologicznego w Paryżu Dr. Raymond zdał sprawę z swych badań nad działaniem kw. karbolowego w chorobach gorączkowych. Najwybitniejsze i najszczęśliwsze skutki spostrzegał Raymond w durze brzusznym, podając chorym kw. karbolowy wewnętrznie w postaci pigułek i zewnętrznie — w lewatywach. Raymond nie polecal wygórowanych dawek 10,0 i 15,0 dziennie, lecz poprzestawał na 1,0, a nawet 0,5 dziennie w trzech pigułkach i takiéj saméj ilości w lewatywach. Działanie kwasu karbolowego uwidoczniało się wkrótce po użyciu lekarstwa, ciepłota spadała o 3° a nawet 4°C., a jednocześnie występowały poty, które po upływie pół godziny dochodziły do niezwykłéj obfitości. Raymond zadaje sobie pytanie: czy obniżenie ciepłoty po zażyciu kwasu karbolowego jest wynikiem swoistego działania tego leku, lub téż jest ono następstwem znacznego ulatniania się na powierzchni ciała i następowego związywania cieplika, jakie przy potach ma miejsce? Na pytanie to Raymond odpowiedział następującém doświadczeniem: zastrzykując pod skórę $^1/_4$ miligrama duboisinu, powstrzymał on poty, skóra była sucha, a ciepłota pomimo tego obniżyła się. Badając chorych w pierwszych godzinach po zadaniu kwasu karbolowego i następnie po kilku dniach, spostrzega się, że działanie tego leku nie jest jednakie, że zbiegiem czasu kwas karbolowy zdaje się nagromadzać w ustroju, gdyż działanie jego staje się energiczniejszém i szybszém.

Ośmielony tém powodzeniem Raymond podwoił dawkę kw. karbolowego, stosując lek ten powyżéj opisanym sposobem, lecz spostrzegał objawy zatrucia, mianowicie: ciepłota spadała do 34°C., mocz stawał się ciemnym, całe ciało drzało. Słusznie zapytuje Raymond, jak sobie tłumaczyć i jak usprawiedliwić dawniej proponowane dawki 10,0—15,0 dziennie? Za poradą Vulpiana zastąpił Raymond kw. karbolowy karbolanem sodowym, podając 1,5 dziennie w dawkach mniejszych a częściéj podanych, co podług doświadczeń Dra Hallopeau jest najwłaściwszém: skutki lecznicze karbolanu sodowego okazały się takiemi samemi jak i kw. karbolowego; lecz niezaprzeczona wyższość karbolanu sodowego polega na tém, że nie wywołuje on przypadków zatrucia, o których wyżéj była mowa.

Kw. karbolowy jest cennym środkiem w leczeniu chorób zakaźnych, lecz działanie jego ogranicza się tylko do obniżenia wysokiéj ciepłoty; w durze brzusznym nie zmienia on w niczém cyklu okresów téj choroby. W róży Raymond otrzymał bardzo pomyślne wyniki stosując kwas karbolowy 2% w okładach i w postaci lewatyw (0,05). Napady spazmatycznego kaszlu w krztuścu łagodnieją po użyciu kw. karbolowego do wziewań. Raymond przytacza przypadek, w którym przez pomyłkę wstrzyknięto do jamy opłucnowéj jeden litr 5% kwasu karbolowego. Ciepłota spadła do 34°C., a mocz przez 9 dni zachowywał barwę ciemną, pomimo zażywania siarkanu sodowego. W gruźlicy, chorobie niezakaźnéj (? Spr.) działanie kw. karbolowego podczas wysokich gorączek jest zupełnie bezskuteczne.

Raymond stara się fizyjologicznie wytłumaczyć działanie kw. karbolowego i sądzi, że działanie to nie polega na zetknięciu się bezpośredniém leku z narządami chorobą zmienionymi. Kwas karbolowy ulega w kanale pokarmowym takim zmianom, że dosięga on kiszki cienkie w postaci nader zmienionéj; obniżenie ciepłoty jest więc objawem przyrody nerwowéj, i polega na działaniu kw. karbolowego na wielkie komórki przednich rogów rdzenia; działanie to uskutecznia się drogą naczyń, i objawia się obniżeniem ciepłoty z jednoczesném pobudzeniem czynności układu gruczołów potowych. Pojawienie się ruchów konwulsyjnych przy zatruciu kw. karbolowym, stwierdza podług Raymonda powyżéj przytoczone tłumaczenie fizyjologicznego działania kwasu karbolowego na ustrój ludzki *(Le Progrés médical* Nr. 29 1881).

Dr. A. Kwaśnicki.

Wiadomości pomniejsze.

Kateteryzowanie tchawicy w dławcu. Z końcem marca r. z. wezwany został Thomas Sanctuary do dziewczynki pół trzecia roku mającéj, u któréj tracheotomija z powodu krupu była wskazaną. Ponieważ jednak matka na operacyję w żaden sposób zgodzić się nie chciała, wprowadził S. do tchawicy cewnik elastyczny Nr. 12. Przez cewnik wykrztusiło dziecię nieco płynu śluzowo-ropiastego a w pół godziny późniéj oddychało dobrze. Cewnik przymocował nastąpnie tasiemką na około szyi i wyjął go dopiero po upływie dwudziestu godzin, gdy się ciepłota ciała obniżyła i tętno było dobre. W pięć dni późniéj dziecko było zdrowe. *(Britisch. medical journal* 25, VI, 1881.

Dr. Bogdanik.

Sposobu tego użyć należy zdaniem mojem przedewszystkiem tam, gdzie z rozmaitych przyczyn wykonanie tracheotomii jest niemożebném. Ale i wtedy, gdy już wszystko przygotowano do cięcia tchawicy należałoby najpierw wprowadzić cewnik a dopiero gdy sposób ten zawiedzie uciec się do operacyi krwawéj. Pomijając bowiem, że kateteryzowanie jest sposobem łagodniejszym uwzględnić należy i to, że według spostrzeżeń Dra Mangeota z Troyes (p. *Revue de Thérapeutique* Nr. 11, 1881 r.) dzieci, u których wykonano cięcie tchawicy zazwyczaj w młodym wieku umierają na suchoty krtaniowe lub rozedmę płuc *(emphysema pulmonum). (Przyp. Sprawozd.)*

Gałęzowski zaleca w **zapaleniach spojówki** szczególniej u zołzowatych następującéj maści: *Olei cadini 1·00, Vaselini 5·00*, którą się za pomocą pędzelka zapuszcza w worek spojówkowy. Środka tego używał Dehenne w klinice swéj w Paryżu i przekonał się o jego wybornym skutku. Gałęzowski używa rzeczonéj maści również w ropnem zapaleniu rogówki i tęczówki (*kerato-iritis)* po operacyi zaćmy (katarakty) i z wyników jest zadowolonym. (*Revue de thérapeutique* 1, VII, 1881).

Dr. Bogdanik.

(A. K.) **Kwas karbolowy działa skutecznie w durze** podług Dra Hanota, który uzupełniając analogiczne obserwacyje Raymonda, przytoczył w Towarzystwie bijologiczném w Paryżu (16 lipca rb.) opis dwóch chorych na dur, którym podawał karbolan sodowy wewnętrznie. (Raymond podaje 1,0—2,0 pro die); po użyciu tego leku wysoka ciepłota obniżyła się o 3° i 4° C., w pierwszym przypadku 14, a w drugim 16 dnia choroby, i wyzdrowienie szybko nastąpiło.

Rzecz godna uwagi, że w obydwu opisanych przypadkach jednocześnie z obniżeniem ciepłoty wystąpiła osutka z przebiegiem przemijającym (3—4 dni), która ostatniego dnia przedstawiała postać pryszczów (*pustulae)*; treść tych pryszczów składała się z niezmiernie wielkiéj ilości bakteryj, przedzielonych tu i owdzie ciałkami ropy; w moczu również zauważono obfitą ilość bakteryj. Autor dodaje, że Dr. Laboulbène w ostatnich dniach uczynił podobne spostrzeżenie na swoim oddziale. (*Le Progrès médical* Nr. 30, 1881).

(A. K.) **Papaina przeciw dławcowi i anginie błoniastéj** (*couennosa*). Prof. Würtz zakomunikował paryskiéj Akademii umiejętności badania Bouchuta nad leczeniem dławca i błoniastego zapalenia połyku stężonym rozczynem papainy. Aptekarska firma Trouette-Perret wyrabia ten rozczyn pod nazwą *Solution de Papaine Trouette-Perret*, którą używa się do pędzelkowania połyku. (Adres fabryki: *Paris, r. Rivoli, 68. Trouette Perret*).

(Znaleźliśmy tę wiadomość w Nrze 30 dziennika *Progrès médical*, w rubryce rozmaitości. Tak ze względu na Akademiję umiejętności, na imię głośne i zasłużone profesorów Würtza i Bouchuta, oraz ze względu na niezmierną ważność sprawy leczenia dławca i błonicy, nie moglibyśmy pojąć, co znaczy zepchnięcie powyżéj przytoczonéj wiadomości naukowéj do rubryki rozmaitości, gdybyśmy nie znali ducha politycznéj stronniczości Francuzów, od któréj i ludzie nauki nie są wolni. (*Sprawozdawca*).

IV. Kilka słów w sprawie higijenicznéj reformy szkół.

Przez Dra **Tadeusza Zulińskiego.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 29)

Czyniąc w reformie szkolnéj zadość nie przeciążaniu młodzieży pracą, tj. zmniejszając ilość nauczanych przedmiotów, nie wypada upierać się przy niedopuszczaniu higijeny jako nowości do nauczania, i stać niewzruszenie przy dotychczasowych planach naukowych jako utartych rutyną; lepiéj bowiem jest i mniéj zawstydzającém dla wychowania szkolnego nie znać własności np. chloru, bromu, ani jodu, nie wiedzieć nic o falach światła lub o organach oddechowych roślin, o składzie marmuru lub granitu, albo nie wiedzieć jaka zachodzi różnica między hijeną a lampartem, nie słyszeć nic o mięczakach, śpiewać fałszywie i nie znać nut zupełnie itp. rzeczy, aniżeli nie wiedzieć co pomaga a co szkodzi zdrowiu naszemu, czém się siły ustroju niszczą, a co je wzmacnia i rozwija?

Czyż nie jest śmieszném słyszeć dzieciaka jak wylicza i pokazuje na mapie, gdzie leżą jakie góry lub płyną rzeki w Ameryce lub Afryce, a nie wiedzieć gdzie leży jego serce, żołądek lub płuca? tj. nie znać ani głównych narządów ani części swojego własnego ciała?

Brak znajomości higijeny i elementarnych wiadomości o składzie i czynnościach ustroju ludzkiego jest tak powszechny i ogólny w dzisiejszych wychowańcach naszych, począwszy od szkół ludowych a skończywszy na akademijach i wszechnicach (z wyjątkiem rozumie się Wydziałów lekarskich), że ubolewać i wstydzić się zaiste często potrzeba jak człowiek wykształcony, naukowy, znakomity nawet niekiedy specyjalista, dyplomowany i nauczający drugich, nie umie, jak się to najczęściéj lekarzom słyszeć przytrafia, wskazać i oznaczyć właściwém mianem okolic własnego ciała. Nie wie gdzie leży wątroba a gdzie śledziona, gdzie mózg a móżdżek, serce a żołądek, nie umie rozróżnić i miesza z sobą ścięgna i żyły, nie ma pojęcia gdzie leżą nerki i do czego służą, a stare przesądy i błędy wygłasza jako zasady i reguły higijeniczne itp., przyznając się z całą naiwnością, że się na tych rzeczach nie zna, bo nie jest lekarzem (*sic*), jak żeby znajomość religii miała być monopolem księdza, gramatyki i ortografii języka filologa, a rachunków matematyka. Jest to niestety smutna prawda, codzień się przytrafiająca, przeciwko czemu jeśli niekiedy powstają lekarze i higijeniści, głosy ich uważane bywają za niesłuszne, przesadne i niepraktyczne jako ludzi niefachowych w pedagogice, tj. nie nauczycieli z zawodu.

Ponieważ głosy i domagania się te obowiązkowego nauczania po szkołach higijeny, wyszły od obu Zjazdów i Towarzystw lekarskich w kraju, przeto zwrócić musimy uwagę panów rygorystów pedagogicznych, którzy często więcéj zwracają uwagę na to, kto mówi aniżeli co jak i mówi, że lekarze jako lekarze nie siedząc nawet na katedrach, do orzekania w sprawach wychowania i kształcenia fizycznego, mianowicie młodzieży, najlepiéj, najodpowiedniéj i najgruntowniéj ze wszystkich są umiejętnie uzdolnieni i przysposobieni, bo pedagodzy dzisiejsi i dziś czynni, jak to widzimy z obowiązujących dotąd planów szkolnych i akademickich, wszystkiego się uczyli, uczą i bywają nauczani, prócz tego, coby ich mogło choć w części zaznajomić z życiem fizyjologiczném człowieka, wychowaniem fizyczném i pielęgnowaniem jego zdrowia. Lekarze więc nie tylko że mogą, ale mają większe jeszcze prawo od dotychczasowych pedagogów z zawodu przemawiać i decydować o wychowaniu fizyczném młodzieży, lub jego poprawie. Jak kapłani w moralnym, tak lekarze w fizycznym zakresie wychowania przewodnictwo i kierunek mieć winni, zostawiając nauczanie czyli oświatę umysłową nauczycielom z zawodu. Zresztą na obu Zjazdach lekarzy i przyrodników przyrodnicy byli tam przecie jako nauczyciele, a więc pedagodzy, a nadto Towarzystwo pedagogiczne samo od siebie oddzielnie i wspólnie z lekarzami i przyrodnikami jeszcze na Zjeździe IIgim jednomyślnie wystąpiło z żądaniami odnoszącemi się do nauczania po szkołach higijeny, uchwały więc te postawione i uchwalone przez tak poważną liczbę ludzi uprawnionych do orzekania w takich sprawach, nie powinny dziś już budzić w nikim wątpliwości, czy są słuszne, właściwe i pożyteczne? Popierać je więc w ankietach należy, bo są one podstawą i duszą, że się tak wyrazimy, całéj reformy zdrowotnéj szkół, na nic się bowiem nie przydadzą wszelkie rozporządzenia, przepisy i nadzór higijeniczny zalecany przez znawców w téj spra-

wie, jeżeli nauczyciele i uczniowie nie będą zaznajamiać się ani pojmować ich wartości i znaczenia. Upaść i runąć musi co nie ma podstawy i spójni łączącéj części w całości. I oto przyczyna, dla czego taki nacisk kładziemy na ten punkt petycyi Towarzystwa lekarzy galicyjskich i memorandum dla ankiety krakowskiéj Dr. St. Janikowskiego.

Kończąc nareszcie nasze niniejsze uwagi zaznaczyć tu musimy, że jakkolwiek rozporządzenie ministeryjalne z dnia 9 czerwca 1873, tyczące się budowy szkół i utrzymywania zdrowia uczącéj się młodzieży, może służyć za podstawę i wyjście do wszelkich żądań krajowych władz szkolnych w sprawach podniesionéj dziś higijenicznéj reformy szkolnéj, mimo to jednak nie należy zapominać o rozporządzeniu z d. 2 marca 1871 l. 12319, które wyraźnie powiada: „iż Rady szkolne krajowe mogą brać powyższy projekt do ustawy pod ścisłą rozwagę i stósownie do potrzeb miejscowych, tj. właściwych kraju odrębności, robić w nim odpowiednie dodatki i poprawki i takowe dopiero przedkładać do zatwierdzenia Ministerstwu.“

Słuszne to uwzględnienie, rozwięzując ręce władzom naszym, pozwala stanowić im o przepisach higijeny szkolnéj, stósownie do potrzeb klimatycznych kraju, naszego charakteru i naszych zwyczajów i obyczajów narodowych.

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu 27 (do 2 lipca) ospa w Londynie znacznie się zmniejszyła. Świeżo zapadło 286, umarło 52, leczyło się w szpitalach 1493. W Wiedniu umarło 13, w Paryżu 23, w Saragosie 4, w Budapeszcie 6, w Liverpolu 5, w Petersburgu 8. Z duru brzusznego umarło w Paryżu 38, w Petersburgu 45. Z duru osutkowego umarło w Budapeszcie 4, w Amsterdamie i Londynie po 2, w Wiedniu 1, w Petersburgu 59. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 66. W Walencyi umarło od 12—19 czerwca 2 z cholery. Biegunki u dzieci są częstsze w Wiedniu, Budapeszcie, Paryżu, Londynie i Odessie. Z febry żółtéj umarło w Rio de Janeiro od 1—15 maja 15. W tygodniu 28 (do 9 lipca) umarło w Krakowie: 2 z ospy, 3 z odry, 1 z błonicy, 2 z krztuśca, 4 z duru osutkowego, 2 z gorączki połogowéj, 1 z czerwonki, a doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku ospy, 4 odry 3 płonicy, 1 błonicy, 35 duru osutkowego, 4 choleryny, 2 róży.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 27 (do 2 lipca) umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 45,6; w Poznaniu 32,2; w Wiedniu 28,7; w Budapeszcie 36,3; w Pradze 33,3; w Tryjeście 24,0; w Berlinie 37,2; w Wrocławiu 29,8; w Gdańsku 24,4; w Mnichowie 27,8; w Dreźnie 24,1; w Lipsku 20,6; w Bazylei 20,1; w Brukseli 18,2; w Amsterdamie 21,8; w Hadze 16,3; w Paryżu 25,5; w Londynie 19,6; w Kopenhadze 20,6; w Stokholmie 22,1; w Chrystyjanii 13,4; w Petersburgu 55,4; w Odessie 36,4; w Rzymie 25,3; w Bukareszcie 23,4; w Madrycie 31,8; w Lizbonie 29,4; w Aleksandryi 32,6; w Nowym Yorku 27,6; w Filadelfii 19,4; w Rio de Janeiro 44,3; w Bombaju 36,4. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 28 lipca. Trzeci Zjazd lekarzy i przyrodników polskich zakończył swe czynności d. 25 bm. Ilością członków i uczestników, doborem prac naukowych, uroczystym nastrojem przewyższył on nie tylko Zjazdy poprzednie, ale przeszedł i oczekiwania tych, którzy go urządzali.

Główny cel Zjazdu, naukowy, który jedynie mógł przyciągnąć z dalekich odległości nie tylko synów naszéj ziemi, ale i pobratymczego narodu czeskiego, został uwieńczony szeregiem odczytów, streszczających w sobie to wszystko, co w chwili obecnéj przyrodnika i lekarza zajmować może. Przyrodnicy podzielili się na 5 sekcyj: matematyczno-fizyczną, chemiczno-farmaceutyczną, mineralogiczno-geologiczną, botaniczno-zoologiczną i przyrodniczo-gospodarczą; lekarze mieli 4 sekcyje: medycyny wewnętrznéj, medycyny teoretycznéj, medycyny zewnętrznéj i medycyny publicznéj.

Posiedzeń sekcyjnych było 4, tj. z wyjątkiem niedzieli, odbywały się one codziennie; nie tylko nie możemy dla braku miejsca streszczać odczytów mianych po sekcyjach, lecz nie wymieniamy nawet licznych prelegentów, których przemówienie w streszczeniu umieszczał Dziennik III Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie; cenne jednak te prace pojawią się w całéj rozciągłości po czasopismach krajowych i zagranicznych.

Posiedzeń publicznych było trzy. na każdém z nich miał miejsce odczyt; o wartości takowych niech świadczą imiona prelegentów: prof. Radziszewskiego, prof. Rostafińskiego i Dra Dobrzyckiego. Prezesem honorowym Zjazdu obrano Prezesa Akademii Dra Majera, prezesami posiedzeń publicznych Dra Szokalskiego, prof. Radziszewskiego i Dra Rollego.

Ponieważ w r. 1881 przypada jubileusz 50-letniéj działalności lekarskiéj Prezesa Akademii Umiejętności Dra Józefa Majera, a lekarze polscy téj uroczystości nie uczcili zbiorowo; idąc więc za ogólnym popędem serca, objawioném w krakowskiém Towarzystwie lekarskiém, Wydział gospodarczy Zjazdu połączył ten obchód jubileuszowy z 2giém publiczném posiedzeniem. Rada miasta Krakowa doręczyła jubilatowi dyplom honorowego obywatelstwa m. Krakowa, Uniwersytet lwowski przysłał honorowy dyplom Doktora filozofii Uniwersytetu lwowskiego. Prof. Dr. Domański odczytał adres lekarzy polskich, podpisany przez wszystkich lekarzy naszych, mieszkających w kraju i za granicą, i złożył w upominku od Tow. lek. krakowskiego ozdobnie oprawny egzemplarz Słownika terminologii lekarskiéj polskiéj; prof. Hoyer w imieniu Tow. warszawskiego wręczył jubilatowi jeden egzemplarz w ozdobnéj oprawie dzieła Oczki. Warszawskie wydawnictwo fizyjograficzne doręczyło jeden egzemplarz ładnie oprawny Pamiętnika fizyjograficznego; przyrodnicy z Warszawy nadesłali album z 30 litografijami; Dr. Krówczyński składając jeden egzemplarz swojéj pracy z dziedziny syfilidologii, wyraził hołd w imieniu młodego pokolenia, wychowanego przez jubilata. Krakowskie koło literacko-artystyczne, krakowskie Towarzystwo muzyczne, prawnicy warszawscy przysłali Prezesowi Majerowi adresy.

Na wszystkie przemówienia nieznużony jubilat odpowiadał z tą trafnością i głębokością myśli, któréj mu pozazdrościć może najbieglejszy szermierz słowa. — Liczne telegramy, a wreszcie wieczorem wspólna kolacyja zarządzona w celu swobodnego wypowiedzenia jubilatowi uczuć, któremi przepełnione serca lekarzy i przyrodników polskich, zakończyły tę uroczystość jubileuszową, która może być tylko słabym wyrazem wdzięczności narodu za 50 lat pracy sumiennéj tak w dziedzinie zawodu lekarskiego, nauczycielskiego, jak i innych nie mniéj ważnych obowiązków obywatelskich.

Ze Zjazdem połączoną była wystawa przedmiotów wchodzących w zakres medycyny i przyrodoznawstwa; w miarę posiadanego miejsca pomówimy o téj wystawie późniéj; obecnie pilno nam wyrazić gorącą wdzięczność dyrektorowi Drowi Baranieckiemu, który tę wystawę swą usilną pracą i znajomością rzeczy zdołał urządzić umiejętnie i nadspodziewanie ozdobnie.

Wycieczki, zebrania towarzyskie, zwiedzanie szpitali i osobliwości Krakowa itd. itd. wypełniały wolne chwile, a urządzone były z taką dokładnością, że nie słyszeliśmy nie tylko skarg na natłok, na nieakuratność itd., ale przeciwnie słowa uznania dla Wydziału gospodarczego były na ustach wszystkich członków Zjazdu.

A teraz oddajmy każdemu, co mu się należy: pracę zorganizowania Zjazdu rozpoczął śp. prof. Dr. Janikowski: gorliwość jego po szerokim naszym kraju zbyt jest znaną, ażebyśmy potrzebowali ją tu uwydatniać. Tak nieprzewidzianie opuszczone krzesło prezesa Wydziału gospodarczego Zjazdu zajął Doc. Dr. Jordan, o którego nie tylko pilném, gorącém zajęciu się sprawami Zjazdu, ale o ofiarności materyjalnéj dałoby się wiele powiedzieć, gdyby nie stała na przeszkodzie znana skromność szan. Prezesa Tow. lek. krak. Do szacunku którym otaczać zwykli koledzy osobę Dra Jordana, dołącza się wdzięczność za jego niestrudzoną a skuteczną pracę, któréj zawdzięczamy powodzenie Zjazdu.

* Dr. Szymonowicz, lekarz powiatowy w Kołomyi,

przenosi się na własne żądanie w stan spoczynku. Podług otrzymanych wiadomości konkurs na tę posadę rozpisany nie będzie.

* Podług nadesłanych nam wiadomości do d. 20 lipca w Teplitz-Schoenau bawiło gości kąpielowych 6478, w Luhaczowicach do d. 14 bm. osób 674.

* **Karlsbad.** Do d. 23 lipca bawiło w Karlsbadzie gości kąpielowych 18,464 o 313 mniéj aniżeli w roku przeszłym. Pogoda piękna, krótkim orzeźwiającym przerywana deszczem, stale w ciągu tygodnia utrzymywała się, przy ciepłocie między 14° R. a 23° R. w cieniu.

* **Nekrologija.** W Paryżu umarł Dr. H. Cl. Boyer na błonicę. Zastępując w szpitalu dzieci prof. Parrota, śp. Dr. Boyer nabawił się téj choroby, która w Paryżu więcéj, aniżeli w innych krajach i miastach zabiera ofiar. — D. 20 bm. umarł w Paryżu Dr. Moreau, członek Akademii lekarskiéj.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 30: Janego: Do kazuistyki mięsaka naczyniówki, Nowodworskiego: W sprawie mechanizmu postrzałowych ran kości.

W zastępstwie redaktora: **Dr. A. Kwaśnicki.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobotę w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja:
Ulica Podwale Nr. 84.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Boulv. Voltaire 180, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia p. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	4 „	6 „

Kraków, 6 sierpnia 1881. № 32. Rok XX.

I. O kile w płucach ze stanowiska klinicznego.

Przez Dra A. Rosnera,
Prof. Uniwersytetu Jagiellońskiego.

(Wykład miany podczas Zjazdu III lekarzy polskich w sekcyi medycyny wewnętrznéj.)

Jeżeli sobie pozwalam zwrócić uwagę szanownych kolegów na zmiany, jakie kiła wywołuje w płucach, to czynię to raz z powodu wielkiego znaczenia tych zmian nietylko pod względem naukowym ale i pod względem praktycznym, a powtóre dla tego, że doświadczenie moje nie w zupełnéj zostają zgodzie z doświadczeniami innych kolegów. Nie myślę omawiać zmian, jakie kiła bezpośrednio wywołuje w płucach w skutek kacheksyi wytworzonéj długotrwałém zakażeniem, ani też tych zmian, które tylko przypadkowo wikłają kiłę; również nie będę się rozwodzić nad zmianami temi ze stanowiska anatomicznego, a ograniczę się do symptomatologii zmian kiłowych w płucach u osób dorosłych z kiłą nabytą.

Zmiany kiłowe w płucach już od dawnego czasu były przedmiotem skrzętnego badania tak anatomów jak i klinicystów.

Już w 16tym wieku upatrywali lekarze pewien związek między suchotami płucnemi a kiłą. Dokładniéj i obszerniéj omawiają ten związek lekarze żyjący w zeszłym wieku. Dla nich żadnéj nie podlegało wątpliwości, że kiła sprowadzić może suchoty płucne, ale nie było zgody między nimi co do sposobu w jaki zakażenie kiłowe suchoty płucne sprowadza. Kiedy jedni utrzymywali, że suchoty wprost pochodzą z zakażenia kiłowego, że są następstwem bezpośrednim kiły, to inni przyznawali kile wpływ tylko pośredni na suchoty, które podług nich miały powstawać z kacheksyi, będącéj następstwem długotrwałéj kiły.

Zdanie tych lekarzy o naturze kiłowéj suchót płucnych opierało się na działaniu pomyślném środków rtęciowych u ludzi wenerycznych a dotkniętych suchotami. Jakkolwiek przekonaniom tych lekarzy o suchotach kiłowych bardzo wiele zarzucić można, a mianowicie że do przyczyn, wywołujących suchoty kiłowe, policzyli i rzeżączkę, że się nie opierali na żadnych badaniach anatomicznych, to przecież nie ulega wątpliwości, że między przypadkami opisanemi przez ówczesnych lekarzy były przypadki suchót płucnych powstałych z zakażenia kiłowego.

Na początku tego wieku powstała pewna cisza, o wiele mniéj pisano o suchotach kiłowych, opisy te jak i dawniejsze o suchotach kiłowych podano w wątpliwość. Zwrot ten datuje od wystąpienia Laenneca, którego teoryja o suchotach płucnych uchodziła za dogmat w medycynie. Ten reformator i prawdziwy twórca nowéj medycyny uważał gruźlicę za jedyną przyczynę suchót płucnych, wszystkim innym zmianom w płucach odmawiał własności sprowadzenia suchot. Wpływ Laenneca był tak wielki, że przeciwnikom téj teoryi brakło odwagi do wystąpienia jawnego przeciw niéj. Trzeba było męża choć nierównéj ale przybliżonéj sławy i znaczenia w świecie naukowym, żeby zachwiać nieco teoryję Laenneca. Mężem takim był Van der Kolk, który w r. 1826 opisał suchoty płucne powstałe z zakażenia kiłowego, a stwierdzone badaniem pośmiertném. Otóż słowa Van der Kolka: *Etenim non raro in perscrutando cadavera syphiliticorum, qui, dum videbant, phtisici videbantur, inveni in pulmonibus, praecipue in medio lobo ulcus quoddam seu pus collectum, sine ullo tuberculo cingenti.*

Lekarze, czując grunt pod nogami, na nowo głos zabrali w obronie suchót kiłowych, chociaż na poparcie swojego twierdzenia nie umieli przytoczyć innych objawów klinicznych nad te, które podali dawniejsi lekarze. Nową i nierównie pewniejszą podstawę dla zmian kiłowych w płucach stworzyły prace przeważnie anatomiczne Dittricha 1850, Depaula 1851, Webera 1852, Heckera 1854, Loraina i Robina 1855. Badacze ci wykazali u noworodków z kiłą dziedziczną zmiany niewątpliwie kiłowe w płucach, które przedtém uchodziły za gruźlicze. Virchow, a późniéj Wagner, potwierdzili w zupełności wyniki badań tych lekarzy a Virchow w dziele swojém: *Ueber die Natur der constitutionell-syphilitischen Affectionen* 1859, uzupełnianém w roku 1865, położył kamień węgielny pod budowę, na któréj wszyscy pó-

źniejsi lekarze opierali zapatrywania swoje o kile w wewnętrznych organach, a więc i w płucach. Obok Virchowa Wagner 1863 najwięcéj się przyczynił do wyjaśnienia zmian zawiłych, jakie kiła wywołuje w przyrządach wewnętrznych. Po Virchowie tyle powstało prac badaczy pierwszorzędnych o kile w płucach, że nie podobna w ramach ciasnych wykładu omawiać każdą z osobna; wspomnę tylko o pracy Lanceraux 1866, który jeden z pierwszych rozpoznał kiłę w płucach i oznaczył siedzibę zmian kiłowych w płucach stwierdzoną sekcyją — o pracy Saccharjina w Moskwie, który w roku 1877 rozpoznał u chorego zmiany kiłowe obok zmian gruźliczych w płucach, stwierdzone sekcyją (*Virchow's Archiv* 1879) i nareszcie o pracy Cubego (*Virchow's Archiv* 1881). Cube spostrzegł w plwocinach dotkniętego kiłą w płucach grudki wielkości bobu, składające się z tkanki płucowéj i z komórek okrągłych i wrzecionowatych, ułożonych w tkance międzyzrazikowéj tak, jak to podają histologowie dla zmian kiłowych w płucach. Gdyby się potwierdziło przypuszczenie Cubego, że grudki te mają znaczenie oderwanych odłamków nacieku kiłowego w płucach i gdyby grudki te częściéj w plwocinach się ukazywały, natenczas rozpoznanie kiły w płucach nie okazywałoby żadnéj trudności. Nikt jednakowoż z wyjątkiem Cubego dotychczas grudek tych nie widział, a żaden histolog zdania swojego nie wypowiedział o utkaniu i znaczeniu tych grudek, dla tego z nich obecnie korzystać nie możemy dla rozpoznania kiły. Zdawałoby się, że po tylu pracach tak znakomitych badaczy rozpoznanie kiły w płucach będzie i łatwiejszém i pewniejszém. Tak jednak nie jest. Jak szan. kolegom wiadomo to i obecnie mimo bardzo licznéj i dobrze opracowanéj kazuistyki, mianowicie Lanceraux, Saccharjina i Schnitzlera rozpoznanie kiły w płucach polega: I. Na wykazaniu nacieku najczęściéj w prawém płucu, a mianowicie w środkowym płacie tego płuca obok zmian późnéj kiły w innych narządach, II. na wykluczeniu dziedziczności gruźliczéj, III. na skuteczności środków przeciwkiłowych.

Sposób ten rozpoznawania chorób jest nienaukowy i przypomina czasy, kiedy lekarz rozpoznawał choroby przewlekłe skóry po oświadczeniu chorego, że miał szankra lub nie miał. Sposób ten jest i niewłaściwy, bo prowadzi do rezultatów błędnych. Kiła przecież, jak wiadomo, nie wyklucza bynajmniéj jakiejkolwiek innéj choroby w płucach, przyczynia się nawet, jako choroba przewlekła, sprowadzająca kacheksyję, do złogów gruźliczych. Z drugiéj strony zmiany kiłowe w płucach wystąpić mogą u ludzi nieokazujących równocześnie zmian kiłowych w innych narządach, a przecież na wczesném rozpoznaniu kiły bardzo wiele zależy. Nacieki kiłowe w płucach, po rozpoznaniu wczesném i leczeniu odpowiedniém, ustępują zazwyczaj lub zmieniają się na tkankę nieszkodliwą ustrojowi, nierozpoznane zaś sprowadzają najczęściéj śmierć chorego. To wielkie znaczenie kiły w płucach ośmieliło mnie téż poruszyć tę kwestyję na tém zebraniu tylu znakomitych lekarzy i prosić o dyskusyję w celu podania sposobu rozpoznania, o ile to być może wczesnego téj choroby. Zdanie, jakie sobie wyrobiłem o kile w płucach, mianowicie pod względem rozpoznawczym, opiera się: *a*) na 4 przypadkach obserwowanych w Krakowie, *b*) na badaniu przypadków opisanych przez autorów wiarogodnych, *c*) na wyniku badań anatomii patologicznéj.

I. Zmiany kiłowe w płucach występują, jak to jednozgodnie wszyscy niemal obserwatorowie podają, w okresie późnym, tak zwanym kilakowym. Wystąpienie to późne odpowiada zwykłemu przebiegowi kiły, która z wyjątkiem dziedzicznéj u noworodków, sprowadza w okresie wczesnym zmiany w narządach powierzchownie ułożonych. Czy i o ile zdanie prof. Schnitzlera jest słusznėm, że w okresie wczesnym kiły wystąpić może *Bronchitis catarrhalis* lub *Pneumonia catarrhalis syfilitica*, tego z własnego doświadczenia powiedzieć nie mogę; nadmienić jednak muszę, że oprócz Schnitzlera nikt nie wspomina o takiém kiłowém zrazikowém zapaleniu płuc w wczesnym okresie kiły. Zapalenie płuc tak zrazikowe jak i dławcowe powstaje wprawdzie u kiłowych w każdym okresie kiły, ale zapalenie takie przebiega tak, jak u ludzi wolnych od kiły i dla tego zapaleniu temu znaczenia kiły przyznać nie można.

II. Nacieki w płucach poprzedza na kilka tygodni, a czasem na kilka miesięcy, nieżyt oskrzeli średnich z kaszlem bardzo męczącym i uporczywym, z wykrztusiną skąpą i bardzo utrudnioną oraz dusznością, na którą się niemal wszyscy chorzy użalają. Duszność jest w niektórych przypadkach nieznaczna, i występuje tylko przy ruchach większych, przy chodzeniu pod górę, każdy jednak chory o niéj wspomina bo jest dla niego objawem nowym, bo podobnéj duszności nie doznawał podczas nieżytów dawniejszych. W innych przypadkach duszność jest tak mocna, że chory nie tylko z pokoju ale nawet z łóżka nie wychodzi, a leżąc, a raczéj siedząc w łóżku, bezsennie spędza noce z powodu téj gwałtownéj duszności, przypominającéj ataki astmatyczne. Duszność u kiłowych znali dawniejsi lekarze, świadczy o tém nazwa *Asthma syfiliticum*, znali ją i późniejsi lekarze, wspominają o niéj wszyscy niemal lekarze opisujący w ostatnich latach kiłę w płucach, wspominają o niéj ale nie przywięzują do niéj żadnego znaczenia. Duszność ta uchodziła i uchodzi za objaw towarzyszący nieżytowi nosa, a przecież ona ma daleko większe znaczenie. raz dla tego, że pochodzi, jak przypuszczam, ze zmian, jakie kiła sprowadza w oskrzelach, mianowicie większych, a powtóre, że jako objaw towarzyszący naciekowi kiłowemu w płucach, przyczynia się do łatwiejszego rozpoznania kiły w płucach.

Już sama sprzeczność między dusznością, zazwyczaj znaczną i uporczywą, a objawami przysłuchowemi (średniobańkowe rzężenia w jednym płucu a często w jednéj części płuca), powinna była zwrócić uwagę lekarzy na to, że duszność nie z prostego nieżytu ale z innéj przyczyny pochodzi.

Otóż anatomija patologiczna wykazała, że u ludzi dotkniętych kiłą późniejszą, tak tchawica jak i oskrzela, większe, i mniejsze bywają siedzibą zmian kiłowych. Anatomija patologiczna wykazała w oskrzelach wrzody kiłowe i blizny po takich wrzodach, znacznie powiększone gruczoły oskrzelowe ugniatające oskrzela, a nareszcie nacieki kiłowe w ścianach oskrzelowych. Na największą uwagę zasługują nacieki w ścianach oskrzelowych, które nie tylko wyprzedzają naciek w płucach, ale najczęściéj temu naciekowi towarzyszą. Nacieki te, znajdujące się w tkance podśluzowéj i w tkance mięśniowéj, sprowadzają owe zgrubienie ścian i zwężenie oskrzeli, podobnie jak zmiany kiłowe w naczyniach krwionośnych zwężenie tych naczyń za sobą pociągają, nadto nacieki te, złożone w warstewce mięśniowéj, bardzo niekorzystnie wpływają na kurczliwość mięśni oskrzelowych, które zdaniem Radclyff-Halla (Luschka *Anatomie der Menschen*) znacznie się przyczyniają do wykrztuszania. Łatwo zrozumieć,

że wstrzymane działanie tych mięśni utrudni wykrztuszanie wydzielin oskrzelowych. Otóż utrudniony wdech z powodu zwężonego lub ugniecionego oskrzela z jednéj, a utrudnione wykrztuszanie z drugiéj strony dostatecznie tłumaczą duszność u kiłowych.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Ropień w wątrobie skutkiem urazu tępego.

Przypadek sądowo-lekarski.

Skreślił Dr. Ferdynand Obtułowicz,
c. k. lekarz powiatowy.

(Rzecz czytana na 2giém posiedzeniu sekcyi dla Medycyny publicznéj III Zjazdu lek. i przyrod. w Krakowie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 31).

Orzeczenie.

Na podstawie śledztwa w powyżéj oznaczonym kierunku, ściśle przeprowadzonego, otrzymałem następujące wyjaśnienie co do stanu zdrowia denata przed pobiciem, co do okoliczności towarzyszących pobiciu i co do następstw takowego:

1) Denat uchodził we wsi rodzinnéj za jednego z najsilniejszych i najzdrowszych mężczyzn, a prócz bolaków przed kilkunastu laty, usadowionych w okolicy pleców, nie przebył żadnéj cięższéj choroby aż do chwili pobicia, — pracując ciągle ciężko aż do stanowczéj chwili. Prawdopodobnie odnosi się to wspomnienie wymienionych bolaków połączonych z kłuciem do przebytego zapalenia opłucnéj po stronie prawéj wzdłuż całéj powierzchni płuca prawego; oględziny bowiem pośmiertne wykazały (Nr. 15), iż płuco prawe całym swym obszarem było przyrośnięte za pomocą krótkich pasem utworzonych z błon wrzekomych do opłucny żebrowéj i przeponowéj, a nawet zapalenie to przesunęło się poniżéj przepony na brzeg tylny wątroby, która również za pomocą tęgiéj tkanki łącznéj silnie była przyrośniętą do kręgosłupa i tylnego zagięcia przepony, tak iż również nerkę prawą ze znaczną trudnością wydobyć zdołano (Nr. 18 i 21). W każdym razie zapalenie to opłucny po stronie prawéj i powierzchowne zapalenie torebki wątroby ograniczone do jéj brzegu tylnego, odnieść należy do czasu dawniejszego przed pobiciem, za czém przemawia silne utkanie i ukształtowanie błon wrzekomych; i produkta te zapalenia ze świeżém ropieniem wątroby w żadnym związku przyczynowym nie zostają.

2) Co do okoliczności towarzyszących pobiciu, to zeznania wszystkich świadków zgadzają się w tym względzie na główne punkta téj sprawy: t. j. iż denat został na polu najpierw rękojeścią kosy tak mocno uderzony przez plecy, czy téż przez ramiona, że aż skutkiem tego kosa się złamała; następnie został powalony o ziemię, a w końcu przy szamotaniu się tak mocno pochwycony za jądra, że po ukończeniu bitki pokazywał sińce na mosznach, — prącie jednak nie było zupełnie zranione. Czy został mocno uderzony w bok prawy, lub téż silnie kolankowany, tego zeznania świadków w sposób wyraźny nie wyjaśniają, jest to jednak przy powaleniu przeciwnika o ziemię, szamotaniu się z nim i chwytaniu za części płciowe rzeczą nader prawdopodobną; ażeby bowiem zupełnie ubezwładnić przeciwnika, na ziemię rzuconego, przytłacza się go najczęściéj kolanami opartemi na klatce piersiowéj lub na brzuchu.

3) Co do przebiegu wreszcie po pobiciu, to zeznania są jednomyślne, iż denat przez pierwsze trzy dni kwękając krzątał się jeszcze koło gospodarstwa, czwartego dnia dopiero począł się żalić na ból w boku, póżniéj dostawał dreszczy i gorączki i po pięciotygodniowéj chorobie umarł mocno na siłach wyniszczony i opuchnięty.

Na podstawie tego rodzaju danych, jakotéż na podstawie dokładnego zbadania wątroby saméj w obec należytego uwzględnienia wszystkich innych zmian w ustroju, wykrytych przy oględzinach pośmiertnych mogłem oświadczyć iż bezpośrednią przyczyną śmircri denata było: ropienie wątroby z przebiegiem ostrym i wywołaniem reszty zwykłych i odpowiednich w takim razie zmian w ustroju, a przyczyną ropienia wątroby, czyli pośrednią przyczyną śmierci, było najprawdopodobniéj pobicie denata, podczas którego mogły w okolicę wątroby być wymierzone urazy tępe lub téż gwałtowne rzucenie denata o ziemię, lubo oględziny pośmiertne żadnych śladów po tych urazach nie wykryły.

Za tego rodzaju związkiem przyczynowym przemawiają następujące okoliczności:

1) Ropienie ostre wątroby zdarza się w ogóle bardzo rzadko w krajach należących do strefy umiarkowanéj.

2) W krajach naszych ropienie wątroby zawdzięcza jeszcze stosunkowo najczęściéj powstanie swe urazom wywartym na wątrobę, t. j. albo uderzeniom narzędziem tępém albo téż zranieniom. Literatura lekarska przypuszcza i ropienie wątroby bez znanéj przyczyny, zwłaszcza w krajach gorących.

3) Oględziny pośmiertne nie wykazały żadnych zmian w ustroju, które mogłyby tłumaczyć ropienie wątroby powstałe w sposób następowy, t. j. nie wykryły ani kamyków żółciowych w woreczku żółciowym lub téż jego przewodach, ani ropiastego zapalenia w przewodach żółciowych, ani zropienia lub sposoczenia organów sąsiednich, w szczególności zaś wrzodu żołądka lub raka odźwiernika; w końcu wykluczyć także należało powstanie ropnia na drodze przerzutowéj gdyż sekcyja nie wykazała ropienia lub owrzodzeń w przewodzie pokarmowym, w szczególności zaś czerwonki, ani téż ropienia w innym ktorymkolwiek narządzie ustroju.

Z drugiéj strony tak wyniki powyżéj przytoczonego śledztwa sądowego, jakotéż obraz anatomiczny przemawiają również za związkiem przyczynowym między pobiciem a ropieniem wątroby; albowiem:

4) Denat aż do chwili pobicia cieszył się pomyślnym stanem zdrowia, a nawet w chwili pobicia pracował na polu.

5) Po pobiciu przez 3 dni jeszcze mógł chodzić koło gospodarstwa, a dopiero czwartego począł się skarżyć na ból w boku, zaczął dostawać dreszczy i gorączki, co odpowiada przebiegowi rozwijającego się ropienia w wątrobie.

6) Oględziny pośmiertne wykazały bardzo znaczne powiększenie wątroby, w środku jéj zwyrodniałego miąższu znaczny, bo wielkości blizko główki noworodka, ropień mocno żółtą ropą wypełniony i tryskający strumieniem za nacięciem, z licznemi przegrodami w środku (Nr. 18); nadto znaczne, bo w trójnasób, powiększenie śledziony i brak wybitnéj żółtaczki. Oznaki te również przemawiają za ropieniem wątroby z przyczyny urazowéj, a doświadczenie lekarskie przypady te, na ostatku wymienione, zalicza do zmian charakterystycznych dopełniających obraz ropienia wątroby z przyczyny urazowéj.

7) Przeciąg czasu 5 tygodniowy wystarcza zupełnie na wytworzenie się wszelkich powyższych zmian charakterystycznych, jakie na zwłokach denata wykryliśmy, w szczegól-

ności zaś wystarcza do wytworzenia się tak rozległego zropienia wątroby; jakoteż skutkiem ostrego przebiegu tegoż ropienia do wyniszczenia tak dalece ustroju, iż wreszcie śmierć nastąpiła wśród objawów wodnéj puchliny w stopniu miernym.

Przebieg kliniczny urazowego ropienia wątroby, nader wyjątkowo tylko postrzeganego, jest nadzwyczaj podobny do przypadku niniejszego, tylko zakończenie się téj sprawy, w każdym razie niebezpieczeństwem życiu grożącéj, może być pomyślniejsze. I tak: Po silném stłuczeniu wątroby dokonaném bezpośrednio, lub téż tylko pośrednio przy upadnięciu na głowę, przy wstrząsającém upadnięciu na nogi lub na pośladek występuje czasem zapalenie wątroby ze skłonnością do ropienia ostrego lub więcéj przewłocznego. Przez dwa lub trzy dni po przypadku tego rodzaju mają się poszkodowani nieraz całkiem dobrze, potem jednak wątroba obrzmiewa, a chorzy skarżą się na uczucie ciężkości i na ból w wątrobie wzmagający się za naciskiem. Innych przypadów, jakoto bólów w ramieniu i udzie po stronie prawéj, żółtaczki, moczu na brunatno zabarwionego, wymiotów żółciowych nawet gorączki, może zupełnie brakować. Szybki upadek sił, dreszcze, ciężkość w oddychaniu zapowiadają ropienie poczynające się w pojedyńczych zrazikach wątroby, a małe ropnie łączą się i zlewają zwolna tworząc nieraz ropień olbrzymi. Ropa zwłaszcza w małéj ilości wytworzona może uledz wessaniu, a wówczas następuje zupełne wyzdrowienie, albo téż ropień zwiększa się i przebija do różnych jam ustroju, pociągając za sobą śmierć lub wyzdrowienie, a w razach pomyślnych może nawet operacyja uratować chorego.

W przypadku niniejszym wszelkie zabiegi lekarskie, w razie nawet trafnego rozpoznania choroby, byłyby prawdopodobnie pozostały bez odpowiedniego skutku, albowiem ropień wątroby, jako w jéj środku położony, był otoczony dość grubą warstwą miąższu, o operacyi zatém mowy być nie mogło, a nadto skutkiem szybkiego i ostrego przebiegu ropienia wątroby wkrótce nastąpiło wyniszczenie sił, i objawy puchliny ogólnéj, które śmiercią się zakończyć musiały.

Ponieważ jednak literatura lekarska wykazuje, iż przypadki ropienia wątroby tylko nader wyjątkowo, skutkiem zadziałania gwałtu zewnętrznego się zdarzają, a przypadek niniejszy pomnaża ten nader nieliczny, bo zaledwie z kilku się składający, szereg kazuistyczny urazowego ropienia wątroby, przeto orzekam na podstawie wszystkich powyżéj szczegółowo przytoczonych okoliczności „z największém prawdopodobieństwem,“ że i w tym przypadku pobicie sprowadziło ropienie wątroby zakończone niepomyślnie, bo śmiercią pobitego.

Na dodatkowe pytanie ze strony c. k. Sądu powiatowego: czy gwałtowne uderzenie kosą, albo téż pochwycenie za części rodne mogło wywołać zropienie wątroby, odpowiadam: że gwałtowne uderzenie kosą przez plecy mogło skutkiem wstrząśnienia organizmu wywrzeć wpływ szkodliwy na wątrobę, a nawet ropienie, jednakowoż w przypadku niniejszym wpływ ten prędzéj przypisać należy gwałtownemu rzuceniu denata o ziemię i kolankowaniu. Pochwycenie za części rodne nie wywołało zmian głębszych u denata i nie zostaje w związku przyczynowym z ropieniem wątroby.

Na tém zakończyłem moje orzeczenie sądowe, które poddaję pod łaskawą dyskusyję szan. kolegów, celem zaokrąglenia zaś odczytu tego podam jeszcze ustęp z dzieła Pithy-Billrotha, w szczególności zaś z rozdziału Nussbauma (*Handbuch der Chirurgie* T. III, 2 cz., str. 174), a wyjaśniający następowy przebieg ropnia wątroby przebijającego do sąsiednich organów lub torującego sobie drogę na zewnątrz, który w ten sposób skreśla obraz nader rzadko wydarzającego się ropienia wątroby po stłuczeniu z szczegółami powziętemi i z innych autorów.

Chorzy czują się zazwyczaj przez 2—3 dni po dokonaném pobiciu wcale dobrze, potém dopiero uskarżają się na ból w podżebrzu prawém, a badanie od téj chwili może wykazać zwolna postępujące obrzmienie wątroby. Równocześnie zazwyczaj zjawia się silna gorączka i bóle rozpromieniające się od wątroby ku kręgosłupowi aż do ramienia lub nawet uda prawego. Bóle te jednak nie są charakterystyczne, a nawet może ich zupełnie brakować. Późniéj obrzmienie wątroby zwiększa się coraz bardziéj i dochodzi do tego stopnia, że stłumienie w miejscu wątroby sięga aż do żebra 5go lub nawet 4go, a wystaje ona 2 lub 3 palce po pod łuk żebrowy. Równocześnie skutkiem utrudnionego krążenia krwi w zakresie żyły wrotnéj obrzmiewa mocno śledziona. W dalszym przebiegu choroby pojawiają się dreszcze, cechujące ropienie odbywające się w miąższu wątroby i prędzéj lub późniéj, wytwarza się znaczny ropień, który w razie powierzchownego ułożenia w wątrobie może się nawet zdradzić przez chełbotanie. Natomiast brakuje częstokroć innych przypadów charakteryzujących cierpienia wątroby. Żółtaczki albo nie ma wcale albo jest słaby tylko jéj odcień, mocz nie jest brunatno zabarwiony, również wymioty żółciowe nie zdarzają się wcale. Ropień w wątrobie wytworzony może albo być wessany, zwłaszcza mały, a wówczas spotykamy w miąższu wątroby zabliźnienie skredowaciałe w miejscu dawniejszego ropnia, albo téż przebija na zewnątrz przez skórę zrośniętą z torebką wątroby, lub téż opuszcza się wzdłuż mięśni i przebija koło pępka lub téż dopiero na udzie. Ropień taki nadto przebić może do jamy otrzewny, co się jednak zdarza rzadko, pociągając oczywiście śmierć za sobą lub nadżera gałązki żyły wrotnéj, albo téż wreszcie w przypadkach pomyślnych ropa znajduje ujście przewodami żółciowemi i odchodzi z kałem lub wyrzuconą bywa przez wymioty. W końcu ropień wątroby przebić może do jamy klatki piersiowéj, powodując zapalenie opłucny lub płuca, lub do worka sercowego, powodując śmierć szybką; najprędzéj zaś zabija przebijając do wielkich pni żyły wrotnéj.

Wszystkie te szczegóły zdołałem zebrać głównie tylko z obszernych i specyjalnych dzieł chirurgicznych, podczas gdy medycyna sądowa w zupełności o tego rodzaju przypadkach milczy, będę zaś sowicie za mą pracę wynagrodzony, jeżeli udało mi się szan. kolegów zainteresować moim odczytem i pobudzić ich do dorzucenia swéj cegiełki celem wzniesienia silnéj podwaliny dla wszystkich rozdziałów medycyny publicznéj.

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr. H. Friedberg (we Wrocławiu): **Gerichtsärztliche Praxis. Vierzig gerichtsärztliche Gutachten.** Wien und Leipzig, Urban et Schwarzenberg 1881, in 8vo, str. 452.

W r. 1875 prof. F. wydał zbiór orzeczeń, które w swoim czasie w Przeglądzie Lekarskim oceniliśmy. Hasłem jego jest zdanie bardzo słuszne, że orzeczenie sądowo-lekarskie powinno być przedstawieniem rzeczy klinicznem, przekonywającém sędziego Wierny temu założeniu opracował on

w pierwszym zbiorze kilkadziesiąt orzeczeń, wybierając fakta ze stanowiska klinicznego bardzo dokładnie, może za nadto dokładnie, a przez to i za obszernie. Zbiór niniejszy jest jakby dalszym ciągiem pierwszego; posiada te same zalety, a po części i wady; ostatnie polegają na têm, że autor za nadto obszernie sędziemu rzecz wyłuszcza, przez co nie tylko dla tego ostatniego, ale têm bardziéj i dla czytelnika lekarskiego przedstawienie jego zdaje się za nadto rozwlekłém. Potrzeba więc uzbroić się w cierpliwość, aby orzeczenie autora przeczytać; kto jednak obszernością ich nie zrazi się, wyniesie prawdziwą korzyść, zwlaszcza mniéj wprawny lekarz sądowy w toku czytania spotka się z wieloma kwestyjami ważnemi, jakby mimochodem dotkniętemi.

Zbiór obecny mieści w sobie 40 orzeczeń oraz 2 dodatki, umieszczone dawniéj w archiwie Virchowa.

Polecając zbiór ten kolegom zawodowym podnieść jeszcze musimy stronę zewnętrzną bardzo nadobną, prawie zbytkową; dowodzi ona, że nakładcy nie szczędzili starań, aby książka i powierzchownością swoją zalecała się jak najlepiéj. *L. B.*

Wykrycie kwasów żółciowych w moczu.

Vitali poleca celem oddzielenia i wykrycia kwasów żółciowych z moczu następujący sposób. Mocz badany zaprawia się rozczynem siarkanu chininowego kwaśnego, zobojętnia się, w razie potrzeby, małą ilością amonijaku, dodaje się eteru trzy razy tyle ile moczu użyto do badania i kłuci się. Po odstaniu odparowuje się eter oddzielony od moczu. Do pozostałości dodaje się parę kropel kwasu siarkowego, odrobinę cukru, wymięsza się pręcikiem szklanym i dodaje się w końcu parę kropel wyskoku. Skutkiem dzialania chemicznego wywiązujące się cieplo wystarcza do wywołania charakterystycznego zabarwienia czerwonego, znanego pod nazwą reakcyi Pettenkofera. Ponieważ jednak czasem i inne barwiki moczu przechodzą do eteru i dają podobną reakcyją jak kwasy żółciowe, więc można użyć także dla pewności następującego sposobu: Próbę moczu zaprawia się rozcieńczonym kwasem siarkowym i odparowuje się póki ubarwienie nie przejdzie z fijołkowego w fijołkowo-czerwone a wreszcie w żółte. Teraz dodaje się zwolna trochę wody, skutkiem czego w razie obecności kwasów żółciowych powstaje zabarwienie żółto-zielone, a w końcu osad niebiesko-zielony. Po odstaniu osadu, odlewa się ciecz nad nim będącą, i rozpuszcza się go w wyskoku. Po dodaniu trochę cukru odparowuje się rozczyn wyskokowy na małéj miseczce porcelanowéj. W razie obecności kwasów żółciowych powstanie po odparowaniu wyskoku ładne zabarwienie czerwono-fijołkowe, przechodzące na powietrzu po jakimś czasie w niebieskie. Inne ciała, które dają również podobne ubarwienie z cukrem i kwasem siarkowym (cholestearyna, oleje, żywice etc.) jak kwasy żółciowe, przy takiém postępowaniu nie dadzą żadnéj reakcyi lub tylko bardzo słabe czerwone zabarwienie. *(Ber. d. deutsch. chem. Gesellsch. z. Berlin XIV, 547. Ztschrift f. anal. Chem. XX. 3).* *L. K.*

Wiadomości pomniejsze.

(A. K.) **Miesiączkowanie odbywające się nerkami** uważano we Francyi u 8-letniéj dziewczynki, któréj części rodne o tyle zbaczały od prawidłowego rozwoju, że miała nadmiernie rozwiniętą łechtaczkę, niedrożną pochwę (raczéj jéj zupełny brak), i obfity porost wzgórka łonowego. W 8 roku życia wystąpiło krwawe moczenie, które po kilku dniach trwania, przy podniesionéj ciepłocie, znikało, a po 25 dniach ponownie wystąpiło, i w tych odstępach ustawicznie powtarzało się do końca życia. W moczu spostrzegano wielką ilość białka, które poprzedzało miesiączkowanie i utrzymywało się po jego ustaniu. Utraty krwi stawały się z biegiem czasu coraz obfitsze i chora umarła w objawach wyniszczenia. Oględziny pośmiertne niewątpliwie wykazałyby wady wrodzone w narządach moczoplciowych, gdyby wola rodziny zmarłéj pacyjentki nie stanęła im na przeszkodzie. *(Gazette des Hôpitaux* 1881, Nr. 85).

(A. K.) **Wyleczenie porażenia rzyci po porodzie zastrzykiwaniami podskórnemi ergotynu** powiodło się Drowi Larger u jednéj położnicy, która 4 miesięcy po pologu cierpiała na porażenie zupełne zwieracza rzyci. Larger użył następującego rozczynu: *Ergotini 1.0, Aq. laurocer. 10.0,* i wstrzykiwał 1.0 téj cieczy co 48 godzin. Korzystny wpływ wystąpił po pierwszém zastrzyknięciu, a po piątém chora była zupełnie wyleczoną. (*Paris Méd.* 1881 Lipiec).

(A. K.) **Equisetum hiemale** zaleca Dr. Woodward w zapaleniach nerek, cukrzycy i nocném moczeniu u dzieci. Autor podaje rzeczony lek w postaci wysyconego wyskokowego wyciągu po 3—5 kropel co 3 godziny. *(Therap. Gazette* 1881 marzec).

IV. Wycieczka uczęstników IIgo Zjazdu lekarzy i przyrodników do Krynicy, Żegiestowa i Szczawnicy.

Dzięki inicyjatywie zarządu Szczawnicy, właściciele tak Krynicy, jak i Żegiestowa, zaprosili uczęstników IIIgo Zjazdu na wycieczkę, celem zwiedzenia pomienionych zdrojowisk. Myśl to godna wszelkiego uznania, o ile z jednéj strony pozwoliła poznać wielu kolegom, przybyłym z odległych stron, karpackie zdrojowiska, będące jednym z wielkich bogactw ubogiéj Galicyi, o tyle z drugiéj przyczyni się niezawodnie w krótkim czasie do szybkiego ich rozwoju.

W dniu 27 lipca zebrało się kolo 100 osób, przeważnie lekarzy, na dworcu kolejowym i wyruszyło rannym pociągiem do Tarnowa. Tak kolej Karola Ludwika jak i Tarnowsko-Leluchowska zniżyła cenę jazdy o 50%. Po krótkim wypoczynku i posiłku, puściło się całe towarzystwo w dalszą drogę koleją Leluchowską. Począwszy od Grybowa roztaczal się przed oczami podróżnych cudowny górski krajobraz, z dalekiemi dolinami, otoczonemi wysokiemi, lesistemi górami. Na zielonêm tle jak srebrzysta wstęga wił się bystry Poprad, czasem tak łudząco, że zdawalo się, że niepodobna, aby to byla jedna i ta sama rzeka. Pod takiém wrażeniem prędko minęła męcząca podróż, a ciemny tunel za Żegiestowem oznajmił blizkość Krynicy.

Na dworcu kolejowym w Muszynie powitał gości imieniem zarządu Dr. Zieleniewski i inspektor zdrojowy p. Sokołowski. Dostateczna liczba wózków i powozów odwiozła gości do Krynicy, rzęsiście oświetlonéj i przystrojonéj. Po posiłku, który zarząd przyrządził w restauracyi „pod Barankiem“ rozdzielono kwatery. Trzeba przyznać Zarządowi, że mimo licznego zjazdu gości kąpielowych, zadał sobie wiele trudu i postarał się o wygodne pomieszczenie tak znacznéj liczby gości.

Na drugi dzień towarzystwo podzielone na liczne kółka zwiedzało pod kierunkiem Drów Zieleniewskiego, Skórczewskiego, Marsa i inspektora p. Sokołowskiego łazienki i zdroje.

Wielu z lekarzy odświeżyło swe siły w krzepiącéj kąpieli krynickiéj.

Krynica ze wszystkich polskich zdrojowisk komfortem urządzenia najwięcéj dorównywa zdrojowiskom zachodnim. Wspaniały gmach przeznaczony na łazienki mineralne, mieszczący 90 gabinetów kąpielowych, z wannami systemem Schwarza ogrzywanemi, robi bardzo miłe wrażenie. Obok dawnych łazienek stanął nowy budynek, również bardzo porządnie urządzony, przeznaczony dla kąpieli borowinowych. Łazienki te dopiero po raz pierwszy w tym roku stają na usługi gości. Mimo że budynek ten przeznaczony jest li tylko dla kąpieli borowinowych, których przyrządzenie tyle zachodu wymaga, i połączone jest z czynnościami utrudniającemi nadzwyczaj utrzymanie porządku i czystości, to przecież czystość i porządek w korytarzach i gabinetach przeznaczonych dla gości kąpiących się, nic do życzenia nie pozostawiają. Źródlo główne nader obfite, dostarcza wody do picia (szczawa żelezisto-ziemista) i do kąpieli mineralnych. Otacza go ozdobny i długi kryty chodnik, w tyłach którego pomieszczono gabinet dla kąpieli gazowych i gabinet do przyrządzania ciepłéj żętycy. Urządzenie źródla dość wiele pozostawia do życzenia. Zarząd postarał się w tym roku o nowe kamienne ocembrowanie i obmurowanie źródła. Szkoda, że przy téj sposobności nie pomyślał o zaprowadzeniu przyrządu z systemem syfonowym, który nie jest drogim, a usuwa wiele obrzydzenie wzbudzających zachodów przy zwykłém czerpaniu wody, a zarazem nie dozwala tak łatwego uchodzenia kwasu węglowego. Źródło krynickie, stojące pomiędzy pierwszemi ze względu na zawartość kwasu węglowego, powinno już być do tego czasu zaopatrzoném w podobny przyrząd. Co prawda czerpanie wody kubkami i rozdzielanie jéj przez nadobną góralkę, może mieć w sobie wiele powabu sielankowego, a nawet uroku mitologicznego, przypomina ono owe greckie bóstwa strzegące źródeł i rzek świętych. Zarząd jednak nie powinien zwracać uwagi na poetyczną lecz na użyteczną stronę urządzeń. Zresztą niechlujni, pejsaci goście z galicyjskich małych miasteczek psują zupełnie efekt poetyczny, a zlewanie resztek niedopitéj wody do ogrodzenia źródła, jakotéż płukanie brudnych kubków w zdroju, może tylko sprawić obrzydzenie. Pomijając wreszcie i te powody, toć trzeba zwrócić uwagę, że woda wypływająca z syfonu nie traci tyle gazu, a zatém jest bezwarunkowo skuteczniejszą. Miejmy nadzieję, że Zarząd Krynicy, skoro mu tylko środki i stosunki na to zezwolą, postara się o usunięcie tego przykrego niedostatku.

Ozdobą Krynicy jest park obszerny z drzew szpilkowych. Dozwala on gościom leczącym się nie tylko przyjemnéj przechadzki w cieniu rozłożystych drzew, ale zarazem wonią żywiczną, przemieniającą tlen w ozon, odświeża korzystnie powietrze. I tutaj Zarząd ma jeszcze wiele do czynienia. Park rozległy, staraniem Zarządu opatrzony w wygodne ścieżki, będzie zapewne niedługo posiadał więcéj wygodnych ławek i gustownych altanek. Tego mu dotąd brakuje. Łączki urocze, rozsiane pośród lasu, wymagałyby więcéj trochę starania i zniwelowania, aby mogły służyć za miejsce zabawy w gry towarzyskie. Na niektórych z nich bardzo miłe dla oka robiłoby wrażenie umieszczenie kląbów z różnobarwnych kwiatów.

Zarząd, który dotąd ile możności starał się podnieść zakład i postawić go na stopie wymaganiom obecnego komfortu i teraźniejszego postępu w balneologii, powinien jeszcze dołożyć starania, aby utworzyć w Krynicy zakład hydroterapeutyczny. Przeważna liczba gości, szukających pomocy w uzdrawiających kąpielach krynickich, składa się z kobiet hysterycznych, osób niedokrewnych i cierpiących na nieżyty przewodu pokarmowego. We wszystkich tych chorobach racyjonalnie prowadzona metoda hydroterapeutyczna, byłaby nader pomocną obok leczenia kąpielami mineralnemi i używania szczawy żelezistéj. Musimy tutaj zwrócić jeszcze na jednę rzecz uwagę. Potrzeba zakładu wodoleczniczego, urządzonego według wszelkich wymagań obecnéj wiedzy medycznéj dotkliwie się czuć daje w zachodniéj części Galicyi. Zakład taki mógłby nader korzystnie się rozwinąć obok jednego z głównych zdrojowisk, czy to Szczawnicy, czy to Krynicy. Wybudowanie nowego zakładu, na miejscu dotąd przez chorych nieuczęszczaném, wymagałoby wiele kosztów, a mimo to nie zapewniałoby chorym narazie dostatecznéj wygody, jaką mieć mogą w istniejących już zdrojowiskach.

Co do wygody i elegancyi w urządzeniu mieszkań, Krynica stanęła najwyżéj ze wszystkich polskich zdrojowisk. Życzyćby sobie tylko należało, aby wynagrodzenie za użycie mieszkań podlegało pewnemu nadzorowi. Nie możemy pojąć, co znaczy wymaganie od gościa, przybywającego w końcu lipca, lub co gorsza w połowie sierpnia, zapłaty za cały sezon. Jeszcze gdyby ta zapłata była umiarkowaną, lecz bynajmniéj, za pokój żądają 70 do 100 i wyżéj guldenów za sezon, bez względu, kiedy kto przybył i jak długo zamierza pozostać. Co prawda nadużycie to bardzo niestósowne, nie tylko się w Krynicy napotyka, jest ono choć w mniejszym daleko stopniu, i w innych galicyjskich pierwszorzędnych zdrojowiskach. Wszędzie w kąpielach zagranicznych zapłaty, i to umiarkowanéj, żądają za tydzień, rzadko bardzo za dziesięć dni. I galicyjskie zdrojowiska powinnyby pójść za przykładem ogólnym i odpowiedzieć słusznym wymaganiom.

Ponieważ rozwój Krynicy, jako zdrojowiska polskiego pierwszorzędnego, bardzo na sercu leżeć nam powinien, poczuwam się więc do obowiązku zwrócić jeszcze uwagę na niestósowne poprowadzenie gościńca przez środek zdrojowiska. W dniach suchego lata tumany kurzu wznoszą się po nad zdrojowiskiem, okrywają pyłem osoby przechadzające się koło zdroju, a nawet wciskają się do mieszkań. Wada ta, w wysokim stopniu niehigijeniczna, dałaby się obecnie, jeżeli nie całkowicie usunąć, to przecież zmniejszyć pilném skrapianiem gościńca. W przyszłości należałoby pomyśleć o zwróceniu drogi w innym kierunku.

Te uwagi nasunęły nam się głównie przy zwiedzaniu Krynicy.

Po dokładném obejrzeniu urządzeń kąpielowych i zdrojowych zebrali się uczęstnicy wycieczki, zaproszeni przez Zarząd, w sali Hotelu krakowskiego. Zarząd przyjął gości swoich pod każdym względem wspaniale. W czasie śniadania, a raczéj uczty, wznoszono różne toasta. Szereg ich rozpoczął toast Dra Lutostańskiego na cześć Najjaśniejszego Pana, który z entuziazmem przyjęto i stojąc wysłuchano hymnu ludowego. Po nim przemówił Dr. Zieleniewski na cześć hr. Włodzimierza Dzieduszyckiego. Historyk Schmidt powitał Czechów, Dr. Tonner, poseł do Rady państwa z Pragi, przemówił w imieniu Czechów. Hr. Dzieduszycki wzruszony dziękował za objawy uznania i czci i wychylił kielich za pomyślność Akademii Umiejętności i jéj Kierownika. Zabierali jeszcze głos Dr. Markiewicz, Dr. Znamirowski, notaryjusz miejscowy, prof. Dr. Domański pił zdrowie zarządu Krynicy, Dr. Tonner po raz wtóry wniósł imieniem Czechów zdrowie hr. Włodzimierza Dzieduszyckiego, nazywając go

prawdziwym arystokratą-demokratą. Szereg toastów zakończył prof. Dr. Rydel staropolskiem „Kochajmy się.“ Na têm zakończył się pobyt nasz w Krynicy. Niechaj nam wolno będzie imieniem wszystkich towarzyszów podróży wyrazić zarządowi podziękowanie za serdeczne przyjęcie i słowa uznania za dotychczasowe starania koło podniesienia zdrojowiska, jego pieczy powierzonego.

(Dokończenie nastąpi).

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Ogłoszenie Wydziału krajowego Królestwa Galicyi i Lodomeryi z Wielkiém Księstwem krakowskiém z 5 lipca 1881 l. 12948 w przedmiocie ustanowienia taksy leczenia i pielęgnowania chorych w szpitalu powszechnym w Drohobyczu.

Na mocy artykułu II ustawy z dnia 12 grudnia 1869 r. (dz. ust. kr. Nr. 8 z r. 1870) ustanawia Wydział krajowy za leczenie i pielęgnowanie chorych w szpitalu powszechnym w Drohobyczu począwszy od 1 sierpnia 1881 r. taksę: *a*) od osób dorosłych na 51 ct. dziennie, zaś *b*) od dzieci do lat siedmiu na 30 ct. dziennie. *(Dziennik ustaw i rozporządzeń krajowych).*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 3 sierpnia. Wycieczka 70 członków IIIgo Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich do zdrojowisk krajowych należała do pomysłów nietylko udatnych ale i wielce korzystnych dla przyszłości tych zdrojowisk. Pomijamy część artystyczną tej wycieczki, odbytej podczas cudownie pięknej pogody, pomijamy zasługi organizatora tej wycieczki Dra Lutostańskiego, który potrafił usunąć wszystkie niewygody, na jakie narażeni są zbiorowo podróżujący po górach naszych; nie zastanowimy się nad gościnnością, jakiej podróżnicy nasi doznali w Krynicy, Żegiestowie, Lubowli i Szczawnicy, gdyż o szczegółach tych były już obszerne sprawozdania w dziennikach codziennych; my pozwalamy sobie mieć nadzieję, że wycieczka ta przełamie przesadną obawę niewygód w zdrojowiskach naszych, że lekarze z innych dzielnic kraju, po naoczném przekonaniu się o stanie dróg, o jakości mieszkań i kuchni, o urządzeniu zakładów kąpielowych, o czystości powietrza i obfitości lasów, zdrojów i rzek górskich, słowem o wielkiem bogactwie leczniczém przyrody w górach naszych, z spokojném sumieniem skierują swych pacyjentów do tych miejsc kąpielowych, gdzie oprócz naturalnych środków uzdrowienia, znajdą oni niczem nie zastąpioną, a tak nieraz dotkliwie brakującą swojskość mowy i stosunków.

O szczuplejszém grouie (do 40 osób), które udało się w Tatry do tej chwili nie mamy jeszcze żadnej wiadomości, sądząc jednak po pogodzie, wnosić należy, że i ta wycieczka całkowicie powiedzie się.

* Podług otrzymanych wiadomości do dnia 23 lipca w Teplitz Schoenau bawiło gości kąpielowych 6876, w Giesshübl-Puchstein do dnia 26 lipca osób 94.

□ Ostatni Nr. 6 *Dziennika III Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich* wyszedł d. 1 sierpnia rb. i rozsełka tegoż Członkom III Zjazdu już się rozpoczęła, ktoby tegoż w ciągu dni 10 nie otrzymał, zechce zgłosić się do Administracyi Przeglądu Lekarskiego.

Również rozpoczęła się już rozsełka Słownika terminologii lekarskiej polskiej, dla abonentów, którzy prenumeratę na tenże do Administracyi Przeglądu Lek. lub do Podskarbiego Tow. lek. krak. wprost nadesłali.

* **Krynica.** Od dnia otwarcia tegorocznego sezonu do dn. 24 lipca przybyło gości kąpielowych 2,042 osób.

* **Karlsbad.** Do d. 30 lipca przybyło gości kąpielowych 14,870, o 57 więcej aniżeli w roku przeszłym. Temperatura wahała się w ubiegłym tygodniu między 14°R. i 21°R., z wyjątkiem d. 27 lipca, w którym temperatura spadła do 12°R. w skutek spadłych w okolicy gradów, pogodne dnie przeważały.

* **Wiedeń.** Nad spodziewanie powszechne Ministerstwo oświaty nie przystąpi do mianowania profesora anatomii patologicznej, lecz zażądało od Wydziału lek., aby na półrocze zimowe ustanowił jeszcze zastępcę. Wydział na posiedzeniu nadzwyczajném zaproponował jako zastępcę docenta i prosektora w szpitalu Rudolfa Dra Chiarego. Pominięcie dotychczasowego zastępcy Dra Zemanna, 1go asystenta katedry, tłumaczą têm, że nie jest docentem, a jednak okoliczność ta nie była mu wcale przeszkodą, że przez półrocze letnie sam jeden, — albowiem 2gi asystent Dr. Ferro ciężką złożony chorobą przez całe półrocze służby nie pełnił, — tylko przy pomocy dwóch demonstratorów dźwigał ciężkie brzemię z zadania swego wywiązał się świetnie. Ustanowienie nowego prowizoryjum chciano znów tłumaczyć jako oznakę, że rząd jest przeciwny nominacyi Kundrata. Jeżeli jednak zważymy, że obaj główni referenci, radca dworu Langer i radca sekcyjny David są obecnie na urlopie, że z prof. Arnoldem w Heidelbergu, proponowanym przez Wydział na 1szém miejscu, wcale jeszcze rokować nie rozpoczęto, to ustanowienie zastępstwa okazuje się rzeczą konieczną i wcale niczego nie przesądza. — Bawił tu przez dni kilka protomedyk Biesiadecki, zajęty sprawą zakładu weterynarskiego we Lwowie; nie ulega już wątpliwości, że nominacyje odnośne niezadługo nastąpią, tak że zakład w październiku otwartym zostanie. Przyspieszanie sprawy dla kraju naszego tyle ważnej jest niepoślednią zasługą naszego protomedyka.

* **Budapeszt.** Pewien 74-letni starzec, wydalony za pijaństwo z domu przytułku w Peszcie, przez zemstę strzelił na ulicy do lekarza radcy Roszay, ciężko go raniąc. Sprawca zamachu odebrał sobie życie.

* **Mianowania i odznaczenia.** Docent prywatny Dr. Wilhelm Tauffer mianowany został profesorem położnictwa dla akuszerek w Budapeszcie.—Prof. Zeissl we Wiedniu otrzymał tytuł radcy rządowego w uznaniu wieloletnich zasług; odznaczenie to jest zapewne zwiastunem przeniesienia schorzałego profesora w stan spoczynku. — Prof. Medycyny Sądowej w Paryżu Dr. Brouardel został mianowany oficerem legii honorowej.

* **Nekrologija.** W Gracu umarł tameczny profesor anatomii opisowej, Dr. Planer, były asystent Rokitańskiego.

W zastępstwie redaktora: **Dr. A. Kwaśnicki.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj pół tora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Ulica Podwale Nr. 84.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuję: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Boulv. Voltaire 180, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 13 sierpnia 1881. № 33. Rok XX.

I. Skutki podrażnień pnia nerwu wzrokowego.

Przez prof. Dra **Szokalskiego**.

Kilka poniżéj zamieszczonych wierszy wyrażają wątpliwość, którą już od dawna powziąłem, a którą miałem zamiar poddać pod światły sąd sekcyi fizyjologicznéj dopiero co odbytego Zjazdu; ponieważ zaś przez zbieg okoliczności nie przyszło do tego, ośmielam się przeto obecnie ją wypowiedzieć.

Nie ma wątpliwości, że każde pobudzenie siatkówki w oku, jakiegobądź rodzaju, daje nam uczucie światłości, lecz czy to samo następuje także, jeżeli drażnimy pień nerwu wzrokowego po za gałką oczną, dla mnie przynajmniéj jest to wielkie pytanie.

Wprawdzie twierdząca na to odpowiedź jest prawem niejako w nauce i nikt, o ile mi wiadomo, dotąd nie występywał przeciw ogólnie przyjętemu zdaniu, ale czy zdanie to nie ugruntowało się raczéj przez analogiję aniżeli w skutku bezpośredniéj obserwacyi? Ponieważ pień każdego zwykłego czuciowego nerwu, jeżeli będzie podrażniony w obszarze swojej długości, daje uczucie bólu, a więc i pień każdego z nerwów zmysłowych da uczucie jasności, dźwięku, smaku, woni itp., jeśli będzie podrażniony. A tymczasem fakta nie przemawiają za tém tak samo jakby się zdawało, przynajmniéj wyniki moich 40 przeszło postrzeżeń obudzają wielką wątpliwość.

W praktyce okulistycznéj zmuszeni często jesteśmy wyłuszczać gałkę oczną, sposobność przeto stwierdzenia jak się zachowuje nerw wzrokowy po zadrażnieniu, przedstawia się nierzadko.

Ile razy wyłuszczałem gałkę bez uśpienia chloroformowego, dopytywałem się zawsze potém pacyjenta, czy w chwili przecięcia nerwu wzrokowego nożyczkami widział błyskawicę i otrzymałem zawsze przeczącą odpowiedź. Polecałem nawet niektórym chorym, którym to można było polecić, ażeby baczyli na ten szczegół, ale rezultat nie był pomyślniejszy.

Po wycięciu gałki wprowadzałem zawsze palec do rany i drażniłem nim pieniek nerwu, drapałem go nawet paznokciem ale i wtedy błysków nie było. Ośmielony tém, drażniłem pieniek prądem elektrycznym i nie byłem szczęśliwszy.

Wyłuszczenia gałki robione były w najrozmaitszych warunkach i powodowane były różnemi przyczynami. Przyznaję, że nerw wzrokowy w niektórych razach mógł chorobliwéj ulegnąć zmianie, w miejscu przecięcia mógł albo zaniknąć, albo być zwyrodnionym i że to wszystko mogło wpłynąć na ujemny rezultat; lecz pomiędzy mojemi przypadkami były takie, że gałka była zupełnie zdrowa i tylko z powodu nowotworów po za nią umiejscowionych usuniętą być naprzód musiała, zanim do wycięcia samych nowotworów przyszło. Gałki te, aczkolwiek powysadzane z oczodołów, bardzo dobrze widziały, a jednak i tutaj podrażnienia pnia nerwu wzrokowego zawiodły.

I czyż by to miał być tylko przypadek usprawiedliwić się dający jakąś niezręcznością w doświadczaniu? Rzecz sama zanadto jest ważna, ażebym ją, ufając własnym jedynie siłom, rozstrzygał. Zdaję li tylko sprawę z moich dotychczasowych doświadczeń i wyrażam moją wątpliwość, a jednocześnie zachęcam, ażeby i inni w tym kierunku badali. Zdaje się, że rzecz warta zachodu z powodu teoretycznéj swéj doniosłości, bo jakkolwiek jest niewątpliwém, że specyficzność nerwów czuciowych odnosi się głównie do ich narządów obwodowych, zastosowanych do natury bodźców, jakkolwiek odnosi się również do centralnego zakończenia nerwu, to jednak i przewodnictwo ma swoje prawa. Gdyby się wątpliwość moja miała urzeczywistnić to pojęcia nasze o specyficzności zmysłowych nerwów nie małéj musiałyby uledz modyfikacyi. Chodzi tu obecnie o fakta, a o te przy obecném ogólném poszukiwawczém nastroju wcale nie trudno. Niechaj okuliści raczą pytanie, które poruszam, wziąść w swoje ręce, a prawdy dowiemy się niebawem. Fizyjolog nie doświadcza na żyjącym człowieku w tak obszernym zakresie jak tego prawda wymaga, warto się przeto przekonać, czy idąc za analogijami, przypadkiem nie zaszedł on na błędne drogi.

II. O kile w płucach ze stanowiska klinicznego.

Przez Dra A. Rosnera,
Prof. Uniwersytetu Jagiellońskiego.

(Wykład miany podczas Zjazdu III lekarzy polskich w sekcyi medycyny wewnętrznéj.)

(Ciąg dalszy. Patrz Nr 32).

Na poparcie tego co powiedziałem, niech mi wolno będzie opisać dwa przypadki, obserwowane w Krakowie:

a) W dniu 1 listopada 1880 wezwano mnie na Podgórze do chorego E. *cum Phthisi laryngis et pulmonum.* Dowiaduję się, że chory w październiku 1879 dostał kaszlu uporczywego z dusznością lekką, że się radził kilku kolegów i że z porady lekarskiéj pojechał do Szczawnicy, gdzie mu się znacznie polepszyło. We wrześniu 1880 r. dostał chory, bez znanéj przyczyny, kaszlu krwawego, wybuch krwi był znaczny (według podania kolegi Skakalskiego chory stracił 150—200 grm. krwi). Dr. Skakalski, wezwany do chorego, przepisał ergotyn, po czém chory przez 5 dni wykrztuszał nieco krwi ciemnéj. Od tego kaszlu krwawego datuje chory pogorszenie choroby swojéj. Kaszel stał się coraz bardziéj męczący, duszność wzmagała się z każdym dniem tak, że od 2 tygodni chory siedząco tylko w łóżku drzemie; następnie wystąpiła chrypka i ból podczas przełykania potraw nie tylko stałych ale i płynnych. Po wybuchu krwi powstała gorączka, która według podania Dra Skakalskiego w pierwszych kilku dniach dochodziła do 40 stopni C. a późniéj się obniżyła do 38·5.

Chory około 40 lat mający, bardzo źle odżywiony i blady, tętno 90, ciepłota skóry n i e p o d w y ż s z o n a, głos ochrypły, oddychanie przyspieszone i utrudnione. Na czole i na karku gromada blizn białych, podobne gromadki blizn porozrzucane na tułowiu i na odnogach, na udzie prawém kilka obok siebie znajdujących się blizn brunatno zabarwionych i nieco wystających po wrzodach w ostatnim czasie zagojonych. W jamie ustnéj i nosowéj żadnéj zmiany. Klatka piersiowa dobrze zbudowana, w lewém płucu i w sercu nic nieprawidłowego, opukiwanie prawego płuca daje z przodu odgłos stłumiony do 3go z tyłu do 5go żebra, ale stłumienie nie wszędzie równe; w górnym odcinku, odpowiadającym szczytowi, stłumienie daleko mniejsze aniżeli w odcinku dolnym, na co kolega Skakalski podczas badania uwagę zwrócił. Przysłuch wykazuje wszędzie nieoznaczony wdech i przedłużony wydech, obok licznych rzężeń średniobańkowych; nigdzie nie było rzężeń dźwięcznych lub oddechu oskrzelowego, nigdzie drganie głosowe nie było zwiększone. Kolega Pieniążek, proszony do narady, znalazł w krtani powierzchowne owrzodzenia a raczéj ekskoryjacyje, którym nie przyznał znaczenia wrzodów kiłowych późnego okresu, a o których nie mógł stanowczo orzec, czy pochodzą z gruźlicy, czy też powstały w skutek dłuższego męczącego kaszlu; w tchawicy żadnéj zmiany wykazać nie mógł. Badanie krtani, po któróm spodziewaliśmy się wyjaśnienia choroby, zawiodło nasze oczekiwanie. Podczas narady z kolegami Drem Pieniążkiem i Drem Skakalskim podniosłem przedewszystkiém duszność, dla któréj ani badanie fizyczne klatki piersiowéj ani też badanie wziernikowe krtani i tchawicy zmian odpowiednich nie wykazało; podniosłem brak rzężeń dźwięcznych, brak oddechu oskrzelowego obok stłumienia tak wybitnego u gruźliczego w okresie tak awansowanym, wskazałem na liczne blizny tak świeże jak i dawniejsze skupione w gromadach, a pochodzące niewątpliwie z wrzodów kilakowych i wypowiedziałem zdanie, że naciek w płucu prawém może mieć znaczenie nacieku kiłowego i że nie wahałbym się, mimo wyniszczenia chorego, przedsięwziąść energiczne leczenie przeciwkiłowe. Po długiej naradzie, na któréj każdy objaw chorobowy szczegółowo omawiano, koledzy Dr. Pieniążek i Dr. Skakalski nie przystąpili wprawdzie bezwzględnie do mojego zdania, ale zgodzili się na leczenie przeciwkiłowe, przeważnie dla tego, że suchotnik *in ultimis* i tak nic nie ma do stracenia. Zaleciłem wcieranie szaruchy a nie jodek potasowy dla tego, że wychudnienie chorego nie pochodziło zdaniem mojém z gorączki, ale z bezsenności i poszczenia dłuższego, spowodowanego bólem podczas przełykania; spodziewałem się prędszego ustąpienia tak bólu jak i duszności po rtęci aniżeli po jodzie. Kolega Dr. Skakalski zajął się leczeniem chorego z tą gorliwością, a powiedziałbym z tym zapałem, jaki zradza w lekarzu każda niezwykła a ważna choroba; sam dozorował wcierki, nie dopuścił ślinotoku, baczył na odświeżanie powietrza w pokoiku małym, nalegał na to, żeby chory mimo bólu jak najwięcéj pił mleka i temu gorliwemu zajęciu przypisać należy po większéj części nader pomyślny wynik leczenia u chorego. Po ośmiu wcieraniach duszność i kaszel się zmniejszyły tak, że się chory przesypiać mógł po kilka godzin i to już leżąco w łóżku, ból podczas przełykania się zmniejszył, chory zaczął się odżywiać, poty, które były bardzo obfite przez kilka tygodni, ustały zupełnie, jedném słowem zmiana na lepsze po kilku wcieraniach była uderzająca. Opukiwanie i przysłuch nie wykazały zmiany przynajmniéj znaczniejszéj, tylko rzężeń było nie równie mniéj. Po 30 wcieraniach (3.50 grm. chory co dzień wcierał) kaszel, duszność, chrypka i ból podczas przełykania zupełnie ustąpiły, chory znakomicie się odżywiał, siły wracały tak szybko, że chory nie tylko swobodnie po pokoju się przechadzał, ale czynny brał udział w sklepie swoim. Naciek w płucu prawém zmniejszył się, stłumienie sięgało wprawdzie z przodu do 3 a z tyłu do 4 żebra, ale było nierównie słabsze, przysłuch wykazał wdech nieoznaczony i wydech bez rzężeń. Równocześnie dostrzeżono rozpoczynające się zapadanie klatki piersiowéj w miejscu odgłosu stłumionego. W końcu stycznia 1881, a więc w 6 tygodni po ostatniém wcieraniu, chory czuł się tak zdrowym, że się odważył na podróż do Węgier dla zakupna wina podczas mrozu 15-stopniowego i wrócił z téj podróży bez najmniejszego pogorszenia. Odtąd chory jest czynny jak podczas najlepszego zdrowia. W maju t. r. miałem sposobność przedstawić chorego w obecności kolegi Dra Skakalskiego, kolegom prof. Adamkiewiczowi i Drowi Piskowi, którzy chorego podczas choroby ostatniéj widzieli i kolegom Drom Paszkowskiemu i Warschauerowi, którzy słyszeli o tym przypadku i nim się zainteresowali. Chory dobrze odżywiony i nieanemiczny podaje, że się czuje zdrowym i zdolnym do każdéj pracy. Górna część klatki piersiowéj po stronie prawéj zapadnięta, mniéj się rozszerza i mniéj się podnosi podczas ruchów oddechowych. W części zapadniętéj odgłos wypukowy słabo stłumiony, wdech nieoznaczony, zbliżony do pęcherzykowego, wydech słyszalny. Sprawa chorobowa w płucu zakończyła się utworzeniem tkanki bliznowatéj. Pod koniec nadmienić muszę, że nie mogłem dowiedzieć się od chorego, kiedy wystąpiła kila pierwotna i czy używał środków przeciwkiłowych. Przypuszczałem nawet kiłę dziedziczną, a to z powodu zmian charakterystycznych zębów u chorego, które Hutschinson przypisuje kile dziedzicznéj.

Chcąc się dowiedzieć czy též takie zmiany Hutschinsonowskie zębów nie powstają u dorosłych z innych przyczyn, przedstawiłem chorego w maju t. r. koledze Drowi Goeblowi, który oświadczył, że podobne zmiany widział tylko u młodych ludzi (do lat 25) dotkniętych kiłą, a nigdy u ludzi wolnych od kiły, ale nie umie powiedzieć, czy kiła w tych przypadkach była dziedziczną, czy też nabytą. Od przypuszczenia kiły dziedzicznéj odstąpiłem po poznaniu żony chorego, którą leczyłem w roku 1878 wraz z kolegą Skoblem na *syfilis tardiva faucium.*

b) We wrześniu 1871 proszono mnie do pana X., który od 5 lat zostawał w mojéj opiece lekarskiéj dla zmian tak wczesnéj jak i późnéj kiły. W lipcu 1870 po raz ostatni zasięgał rady mojéj dla wrzodów kilakowych w krtani i na podniebieniu twardém, które się zabliźniły po kilkatygodniowém używaniu jodku potasu. W sierpniu 1871 miał się chory przeziębić i odtąd datuje chorobę obecną. Chory 35 lat liczący, silnie zbudowany i bardzo dobrze odżywiony, klatka piersiowa dobrze zbudowana, dostał w sierpniu 1871 kaszlu bardzo męczącego i duszności, która się wzmagała dość szybko tak, że w pierwszych dniach września doszła do tego stopnia, że chory z pokoju wychodzić nie mógł a w pokoju na karle spoczywać musiał, bo każdy ruch sprowadzał kaszel i duszność. Chory nie gorączkował, tętno 70, apetyt dość dobry, oddychanie przyśpieszone i utrudnione, sen przerywany z powodu ataków duszności, które chorego bardzo niepokoją, bo mu się zdaje, że w takim ataku zginie. Krtań i tchawica, badane wziernikiem, nie okazują zmiany, którąby duszność tłumaczyła. Badanie fizyczne organów klatki piersiowéj wykazuje tylko rzężenie średnio- i wielkobańkowe w prawém płucu, mianowicie w dolnéj części płuca prawego. Nie mogąc sobie z danych wytłumaczyć duszności, przypuszczałem *Asthma bronchiale*, chociaż chory nigdy dawniéj téj choroby nie miewał, i chociaż lewe płuco zupełnie wolne było od rzężeń. Leki zadane, tak odurzające jak i wykrztuśne, chwilową tylko ulgę przynosiły; w dwa tygodnie później, w drugiéj połowie września, znalazłem podczas badania stłumienie odgłosu wypukowego nad dolnym płatem płuca prawego. Stłumienie zwiększało się zwolna i sięgało w tyle od 7go do 10go żebra — opór przy opukiwaniu był znaczny — przysłuch wykazał wszędzie wdech i wydech nieoznaczony, przygłuszony obfitém rzężeniem średniobańkowém, szmerów oskrzelowych lub rzężeń dźwięcznych podczas całéj choroby nie słyszałem nigdy. Chlorki w moczu były nieco zmiejszone, białka w moczu nie było, gorączka nieznaczna (temperatury nie mierzono), tętno 90. Rozpoznałem zapalenie nieżytowe płuca prawego.

W pierwszych dniach października, a więc w 6 tygodni po wystąpieniu kaszlu i duszności i w 2 tygodnie po okazaniu się nacieku, chory żalił się na ból gardła. Ból ten pochodził, jak badanie wykazało, z obrzmienia mocnego podniebienia miękkiego, sino zabarwionego i nie podnoszącego się podczas wydawania głosu. Zapalenie takie miąższowe gardła zdziwiło mnie u człowieka, który od kilku tygodni nie wychodził z pokoju. Znając dobrze chorego, przypuszczałem, że to nowy wybuch kiły, ale nie miałem odwagi podać środek przeciwkiłowy. W bardzo krótkim czasie, bo po tygodniu, powstał na podniebieniu miękkiém po lewéj stronie wrzód kilakowy szerzący się szybko i drążący w głąb.

Mimo nasuwania się myśli, że tak duszność jak naciek jak i wrzód w gardle z jednego i tego samego źródła pochodzą, to przecież, przyznam się, związku tego nie przypuszczałem. Był to pierwszy mój przypadek, a przed 10 laty z wielkiém niedowierzaniem zapatrywałem się na zmiany, jakie w płucach wywołuje kiła, a to mimo twierdzenia stanowczego autora tak znakomitego i wiarogodnego jak Lanceraux. (*Traité historique et pratique de la syphilis*, 1866).

Wrzód na podniebieniu powiększający się szybko wymagał koniecznie interwencyi lekarskiéj, — środki zewnętrzne okazały się bezskuteczne, jodku potasowego nie chciałem użyć z obawy, żeby nie powiększyć nieżytu, a tém samém duszności, — pozostały tylko wcierania, które też chory rozpoczął robić 15 października 1871 (z początku ½ drachmy a potém dwa skrupuły *pro die*). Po 5 wcieraniach nastąpiła mała ulga w duszności i kaszel nieco się zmniejszył; — po 10 wcieraniach duszność i kaszel znacznie się zmniejszyły tak, ze chory spokojnie spać i swobodnie po pokoju przechadzać się mógł; po 25 wcieraniach wrzód zabliźniony, obrzmienie podniebienia zeszło, naciek w płucu zmniejszył się cokolwiek, stłumienie stało się mniéj wybitném, wdech i wydech nieoznaczony, bez rzężeń. Po wcieraniach chory przez 6 tygodni zażywał jodek potasu, który doskonale znosił, a po którym naciek niemal zupełnie ustąpił! Od tego czasu, t. j. od stycznia 1872, widuję chorego często, kiła się dotychczas nie odnowiła, również nie wystąpiła duszność, mimo że chory od tego czasu nieraz miewał nieżyt oskrzelowy. W tym przypadku rozpocząłem leczenie, nie wiedząc o tém, że zmiany w oskrzelach i w płucu mają znaczenie zmian kiłowych. Dopiero ustąpienie szybkie duszności zagadkowéj, po kilku wcieraniach, którego nie podobna było nie przypisać rtęci podanéj, zwróciło moją uwagę; wtenczas dopiero odnowiły mi się w pamięci przypadki podobne opisane przez dawnych lekarzy, a w ostatnim czasie przez Lanceraux i wtenczas dopiero zacząłem wierzyć, że kiła i w płucach usadowić się może. Zmiany kiłowe w płucu u chorego wystąpiły w 8 lat po kile pierwotnéj, a w trzy lata po wystąpieniu pierwszych zmian kiły trzeciorzędnéj. Chory przed wystąpieniem zmian w płucu kilkakrotnie był leczony środkami rtęciowemi i jodkiem potasu.

Mógłbym przytoczyć jeszcze trzeci przypadek duszności, może ważniejszy od tych dwóch u chorego z kiłą późną, która to duszność wystąpiła w 3 lata po kile pierwotnéj. Znam wprawdzie ten przypadek, ale szczegółów nie znam dokładnie. Wspomniał mi o nim kolega Lorencki po wykładzie moim o kile w płucach i obiecał opisać go w Przeglądzie [1]).

(Ciąg dalszy nastąpi.)

III. Oceny i sprawozdania.

Słownik Terminologii lekarskiéj polskiéj opracowany przez Komisyję terminologiczną Towarzystwa lekar. krakowskiego. Kraków, 1881.

Wydaniem Słownika Terminologii lekarskiéj polskiéj Towarzystwo lekar. krakowskie zasłużyło się dobrze krajowi i nauce. Zasłużyło się dobrze krajowi, gdyż język jest własnością narodu tak w całości, jak i w poszczególném słownictwie naukowém, zasłużyło się nauce, gdyż Terminologija dobrze opracowana i ustalona ułatwia szerzenie wiedzy, czy to drogą wykładów, czy piśmiennictwa.

---

[1]) W obec ważności sprawy zajmującéj obecnie świat lekarski z wielką przyjemnością dowiadujemy się o obietnicy Dra Lorenckiego i niecierpliwie czekamy na jéj prędkie urzeczywistnienie. *Red.*)

Prąd narodowościowy, który z końcem połowy bieżącego stólecia zapanował w polityce europejskiéj, zagarnął swym pędem i naukę lekarską, zrywając z niéj poważną starą szatę łacińską, a przeoblekając ją w wdzięczne fałdy języka narodowego; my nie pozostaliśmy za innymi narodami, a pierwsze próby na tém polu, jak wszystkie próby, grzeszyły bądź przesadą purytanizmu, bądź pomijaniem ducha języka polskiego, bądź też nowe nazwy nie wyrażały istoty rzeczy nazwanéj; wszyscy czuli te braki, a jednak wszyscy cieszyli się, że naród polski posiada swój słownik lekarski; gdyż dla nikogo nie było tajemnicą, że język ma, że się tak wyrazimy, organiczne prawa rozwoju, rodzi się, rozwija się, żyjąc dojrzewa, a nawet skarłowacieć może, że więc i słownictwo lekarskie polskie, chociaż jeszcze niedokładne, ulegnie z biegiem czasu i siłą pracy pokoleń, rozwojowi i udoskonaleniu się, a że się w on czas nie mylono, świadczy świeżo wydany Słownik Terminologii lekarskiéj polskiéj.

Czy nowe wydanie Słownika nie zawiera braków poprzedniego wydania, czy już jest doskonałością? trzeba zapoznawać prawa rozwoju języka, ażeby na te pytania odpowiedzieć twierdząco. Ale jest rzeczą niewątpliwą, że między ostatnią i przedostatnią edycyją zachodzi olbrzymia różnica, że w wydaniu ostatniém nie znajdujemy już mnóstwa wyrazów, które przy całym zapasie dobréj woli nie utarły się; wyrzucono zeń i te, które błędnie tłumaczyły znaczenie przedmiotu nazwanego, jak i te, z których wyrazów pochodnych wytworzyć nie można było. Dalszy postęp w nowowydanym Słowniku polega na tém, że do ułożenia jego przyczyniły się wszystkie dzielnice kraju; pewno nie z polskiéj strony wina, że słownictwo lekarskie inném było w Warszawie a innėm w Krakowie; zasługą komisyi terminologicznéj, że temu gorszącemu stanowi rzeczy, o ile mogła, zapobiegła przez uzyskanie współpracownictwa Warszawy i Poznania i przez usunięcie różnic w wyrazownictwie, o ile to doraźnie stać się mogło. Na koniec uwydatnić należy, że nowy Słownik niezmiernie rozszerzył swe ramy, pomnażając się wyrazami nowemi, i wciągając wyrazownictwo nauk powinowatych z medycyną.

Słownik Terminologii lek. przedstawia spory tom o 538 stronnicach, wydanie nader ozdobne, papier doskonały, druk czytelny, wzorzysty, format wdzięczny; zalety tego dzieła, obok korzyści, jakie dobry słownik przynosi, zalecają go o tyle, że niewątpliwie nakład niedługo wyczerpanym zostanie.

Mówiąc o Słowniku trudno nie wspomnieć o Komisyi terminologicznéj, która cztery lat nad nim pracowała. We trzech rozpoczęte dzieło wyrokami losu zakończoném zostało przez jednego. Nad grobem zasłużonych kolegów Dra A. Kremera i Prof. Dra Janikowskiego wypowiedziało Towarzystwo lekarskie krakowskie swoją wdzięczność za ich trudy szlachetne; trzeci członek Komisyi terminologicznéj Prof. Oettinger sam dziś tylko może użyć tych uciech moralnych, jakie uczuwają serca szlachetne, kiedy dopełnią bezinteresownie wyższego zadania i jemu się téż głównie należy ta wdzięczność, która napełnia piersi wszystkich poczuwających się do wspólnictwa z mową polską i ze sprawą naszego umysłowego odrodzenia. *Dr. A. Kwaśnieki.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcyja lekarska Tow. Przyj. Nauk Pozn.

Posiedzenie z dnia 7 kwietnia 1881.

Przewodniczący w zastępstwie kol. Mateckiego: kol. Jarnatowski.

Po przeczytaniu i przyjęciu sprawozdania z ostatniego posiedzenia, mówią koll. Jerzykowski, Wicherkiewicz, Kapuściński, Jarnatowski i sekretarz o panującéj w ostatnich czasach odrze połączonéj niekiedy z zapaleniem płuc, następnie rozprawiano nad kilku przypadkami duru plamistego.

Kol. Jerzykowski mówi o rękoczynie Credégo i występuje przeciw zbyt spiesznemu stósowaniu tegoż tuż po porodzie. Zdaniem kol Jerzykowskiego jest zastósowanie rękoczynu tego zaraz *post partum* w przeważnéj części przypadków nie tylko niepotrzebném, ale nadto szkodliwém, ponieważ błona doczesna nie oddziela się w takim razie dokładnie w swym głębszym luźnym (*ampullaris*) pokładzie, lecz w powierzchownéj zwięzłéj (*compacta*) warstwie, przez co staje się niedokładném przeobrażenie wsteczne macicy, a sprawiające rozliczne cierpienia tego organu. Na dowód tego przytacza kol. J. doświadczenia Rungego, Fehlinga, Fritscha, Dohrna i innych, którzy się przekonali na licznych przypadkach jak szkodliwém jest pospieszne wytłoczenie łożyska bez koniecznego do tego powodu. Zdaniem kol. J. należy poprzeć wydalenie się łożyska metodą Credégo, dopiero po 3—4 skurczach macicy, tj. mniéj więcéj w kwadrans po porodzie, a więc w tym czasie, kiedy zwykle łożysko jest mniéj więcéj oddzielone od ścian macicznych i większą swą częścią wtłacza się w ujście maciczne. Na dowód, że obawa przed nieco dłuższym zatrzymaniem się łożyska jest przesadzoną, przytacza kol. Jerzykowski, że nie tak dawne to czasy, kiedy berlińskie Towarzystwo ginekologiczne uznało za normę wtenczas dopiero wydalać sztucznie łożysko, gdy się samodzielnie nie wydaliło w 3 godziny po porodzie, że stary Busch pozostawiał łożysko u pierwiastek 12—16 godzin, u pierwszy raz rodzących do 24 godzin, a Stark czekał zasadniczo aż do 3 dnia; że wreszcie Krantz i inni spostrzegali przypadki, w których łożysko bez wszelkiéj dla matki szkody pozostało 4—15 dni. Nadto spostrzegł kol. J., że w kilku przypadkach, w których stósowano rękoczyn Credégo następowały około 10—14 dnia krwotoki, trwające 2—4 tygodni i ustępujące bardzo trudno; przekonał się przy tém, że powodem tychże nie były zatrzymane *residua* łożyska lub błon jajecznych. Kol. Jerzykowski przypuszcza, że może zbyt spieszne wytłoczenie łożyska spowodowało te krwotoki.

Po ożywionéj nad tą kwestyją dyskusyi mówi sekretarz o stosunku ząbkowania i drgawek u dzieci. Rozbierając krytycznie wszelkie dotychczasowe zapatrywania się lekarzy na powyższy przedmiot, przy czém specyjalnie zajmuje się wywodami Woronichina, Fleischmanna, Whiteheada i Bohna, dochodzi referent w końcu do wniosku, że obecnie nie można na pewno twierdzić, że ząbkowanie i drgawki to dwa odmienne objawy, w żadnéj ze sobą nie będące styczności. Po wykładzie przemawiają kol. Jerzykowski i Kapuściński za ząbkowaniem jako za objawem czysto fizyjologicznym, nie wywołującym nigdy patologicznych drgawek; kol. Jarnatowski, Wicherkiewicz i sekretarz twierdzą, że drgawki mogą być nie raz od ząbkowania zależne.

Na tém posiedzenie zakończono. *Dr. Święcicki.*

V. Wycieczka uczestników IIgo Zjazdu lekarzy i przyrodników do Krynicy, Żegiestowa i Szczawnicy.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 32).

Następnego dnia naszéj wycieczki przybyliśmy koło godziny 4téj po południu do Żegiestowa. Sprzyjająca nam dotąd pogoda porzuciła nas, a strumienie deszczu psuły wrażenie, jakiego każdy po raz pierwszy przybywający do Żegiestowa tu doznaje. Dziwnie bo piękne jest położenie Żegiestowa, różne od wszystkich innych karpackich zdrojowisk. W uroczéj kotlinie, zamkniętéj z trzech stron stromemi ścianami gór, wyłaniają się z pośród zieleni gustowne szwajcarskie domki. Od południa przejrzyste fale Popradu zamykają dolinę, tworząc niewypowiedzianie piękny krajobraz. Położeniem swém szczęśliwy Żegiestów, posiada o wiele łagodniejszy klimat niżeli sąsiadka jego Krynica. Za to, jak we wszystkich głębszych dolinach, opady deszczowe w letnich miesiącach są tutaj znacznie częstszemi niż w okolicy.

Żegiestów, mimo że jest jednėm z najmłodszych karpackich zdrojowisk, nie pozostał w tyle, i owszem na każdym kroku dorównywa swym starszym siostrom Krynicy i Szczawnicy. Ładny i wygodny dom zdrojowy zawiera wszystko, co może służyć do uprzyjemnienia pobytu gościom szukającym tutaj straconego zdrowia lub pragnącym wytchnienia. Dla tego też Żegiestów szybkim krokiem postępuje naprzód, a już teraz jest szczupłym, i nie może pomieścić swoich zwolenników. Główną wartość leczniczą Żegiestowa stanowi jego szczawa żelezista, zdatna szczególniéj do picia. Chorzy tutaj przybywający cierpią przeważnie na niedokrewność i nieżyty żołądka z następowém wyniszczeniem i hypochondryją. Dzielnie dopomagają leczeniu tych chorób znakomite kąpiele w rwiącym Popradzie. Zarząd oceniając siły sprzymierzeńca poblizkiego, umiał stosownie je wyzyskać, i wybudował na brzegu Popradu łazienki odpowiadające zupełnie celowi. Co do pomieszczenia źródła, to i tutaj musimy ten sam zarzut zrobić co Krynicy. I tutaj czerpanie wody odbywa się odwieczną metodą. Ponieważ kąpiele zdają się tutaj stać na drugim planie, więc urządzenie łazienek wiele do życzenia pozostawia. Jest ono jeszcze bardzo pierwotne, spoczywa jeszcze w kolebce. Prawdziwą ozdobą Żegiestowa jest ładnie urządzony ogród na spadzistości góry od strony zachodniéj. Ztąd może się oko zachwycać ładnym widokiem na stronę węgierską Popradu i podziwiać dziwne skręty tego górskiego potoku, tworzącego tutaj tak zwaną polską i węgierską Łopatę.

Podobnie jak Krynica tak i Żegiestów podjął swych gości wspaniałą ucztą. U wejścia do doliny, niejako u bramy domu, powitali gości staropolskim zwyczajem właściciel zdrojowiska p. Medwecki i lekarz zdrojowy Dr. Szczepański. Gdy część gości, mimo ulewnego deszczu, poszła zaczerpnąć sił w orzeźwiających wodach Popradu, druga część zajęła się zwiedzaniem urządzeń zdrojowiska. Po ukończeniu tych zajęć miłych i pouczających, zasiedli wszyscy do uczty. I tutaj, podobnie jak w Krynicy, toasta wnoszono jedne za drugiemi. Nie podobna ich wszystkich powtórzyć. Przemawiali Dr. Szczepański, Dr. Ochorowicz, prof. Dr. Domański, Dr. Malcz, Dr. Maixner po czesku, Dr. Koerstler z Węgier po węgiersku, Dr. Tonner deputowany z Czech, podniósł w ładnéj swéj przemowie wartość polskich zdrojowisk i porównał je z czeskiemi. „Wy macie skarby w Waszym kraju równie bogate jak my w naszym, lecz wasze bogactwa są w waszych rękach, gdy niestety, nasze od dawna pozostają własnością obcych. Tém więcéj więc powinniście cenić waszą własność i tém więcéj starać się wedle wszystkich sił waszych o rozwój i podniesienie ich.“ Pan Schnirstein, aptekarz z Lublina wygłosił bardzo udatny wierszyk okolicznościowy.

Miło nam zeszły chwile pośród serc życzliwych. Dzięki uprzejmości gospodarza, każdy czuł się, jakby u siebie w domu lub w kole najlepszych, dawnych młodości przyjaciół. Już koło 7méj godziny wieczór wyruszyliśmy wszyscy, z tęsknotą w sercu, porzucając Żegiestów. Niestrudzony gospodarz, nieznający granic gościnności, towarzyszył nam do saméj Lubowni, aby nam ułatwić przeprawę przez Poprad i wskazać drogę.

Po uciążliwéj kilkogodzinnéj podróży, chwilami wśród deszczu, przybyliśmy już po 10téj godzinie wieczór do Lubowni. Straż ogniowa ochotnicza z pochodniami, jakoteż wielu z sąsiedniego obywatelstwa i mieszkańcy powitali nas przy wjeździe do zdrojowiska głośnem „Eljen.“

Po kolacyi, którą nam przygotowano, tańczono jeszcze do póżnéj nocy. Na drugi dzień zaraz rano udano się, aby zwiedzić zakład zdrojowy. Szczawa żelezisto ziemista zawierająca znaczniejszą ilość węglanu sodowego i magnowego, zbliżona jest bardzo do Słotwinki krynickiéj. Co do samego urządzenia, to jak na miejsce kąpielowe, używające tylko miejscowéj sławy, nic można więcéj wymagać. Gustownie urządzony rozległy park dodaje zakładowi wiele powabu.

Pokrzepiwszy siły wyczerpane dłuższą podróżą, wyruszyliśmy daléj w drogę ku Czerwonemu klasztorowi, zkąd łódkami mieliśmy przybyć do Szczawnicy.

Droga była urozmaicona widokiem starożytnego zamku Lubomirskich w Staréj Lubowni, jakoteż widokiem wysokich szczytów Tatr, malujących się w oddali na szarém tle niebios.

W Śmierdzonce oczekiwał nas wysłannik Zarządu Szczawnicy pan Brzeziński. Wraz z nim przybyliśmy do Czerwonego Klasztoru, gdzie wsiedliśmy na kilkanaście czółen, wysłanych dla nas ze Szczawnicy. Cała flota z flagą narodową na czele odbiła od brzegu wśród wystrzałów z moździerzy.

Kto odbył raz Dunajcem wycieczkę z Czerwonego Klasztoru przez Pieniny do Szczawnicy, ten jéj nigdy nie zapomni. Lekkie, w drzewie żłobione czółna, pruły szybko pieniące się fale wartkiego Dunajca, wprowadzając nas w cudną krainę lesistych Pienin. Z trzech stron zamknięci stromemi skałami, nie wiedzieliśmy chwilami, gdzie droga nasza. Ładnie odbijały się w modrych wodach Dunajca ciemno-zielone wyżyny, drzewem szpilkowym pokryte. Tu i owdzie jakby olbrzymie postacie wychylały się z pośród lasu szarawo-białe skały wapniowca. A nad nami pas błękitny pogodnego nieba dodawał niewypowiedzianego wdzięku prawdziwie zaczarowanéj krainie. Spokój, jaki panował w naturze, który nie przerywał nawet krzyk dzikiego ptaka, dziwne w duszy sprawiał wrażenie. Człowiek, ów niby-pan stworzenia, czuł się tutaj jakoś tak małym, tak drobnym pyłkiem w wszechświecie, cała przyroda zdawała się mu mówić: Tyś dumny twéj siły, twego rozumu, a przecież jesteś niczém; życie twoje to iskra, która tleje raz słabiéj, to znów silniéj, ale któréj chwile tak krótkie, któréj trwanie tak słabe, że ją lada nieprzyjazny zbieg okoliczności zabije. Przed okiem twoim roztacza się tyle tajemnic, a ty ich zgłębić nie możesz, a może wiele z nich na zawsze pozostanie dla ciebie zagadką. Ta myśl, choć smutna, przypominała słowa pociechy poety z przeszłego stólecia:

. . . . . . Naturo! ty skrycie
Wszystko robisz przed nami, żeby obdarzony
Człowiek myślą, w badaniu dróg twych zatopiony
Tęsknotę życia tego rozrywał. —

Spokój przerywały chwilami tylko salwy z moździerzy, tysiącznem powtarzane echem. W poważném milczeniu, bo każdy czuł i myślał, lecz słów nie mógł znaleść, aby to co czuł i myślał, mógł w słowa przelać, zbliżaliśmy się ku ujściu Leśnego Potoku. Gromadki ludzi, sprowadzonych ciekawością, aby zobaczyć tych lekarzy i przyrodników, którzy porzucili daleki dom, narazili się może, a przecież przybyli tutaj, by na ognisku pracy narodowéj odetchnąć, zabrać trochę zarzewia w domowe strony i patrzeć z większą otuchą w ciemną, tajemniczą przyszłość, coraz częściéj ukazywały się na brzegach. A byli i tacy, których tu wiodło coś więcéj nad prostą ciekawość. Oni czuli, że niejeden ze starszych

towarzyszów podróży położył we wspólnéj sprawie zasługi ciche, okupione może nie jedną łzą nędzy i znojem trudu. Wyrazem tych uczuć był wieniec, rzucony na fale Dunajca, który jakby czując gdzie go ręka dawców przeznaczyła, śmiało mknął ku łodziom podróżnych.

(Dokończenie nastąpi).

Londyn d. 2 sierpnia.

Jutro na posiedzeniu ogólném zostanie otwartym międzynarodowy Kongres lekarzy w Londynie, poczém nastąpią posiedzenia wydziałowe. Zjazd lekarzy z całego świata jest bardzo liczny, co było zresztą do przewidzenia, — a między tu przybyłymi znalazłem kilkunastu Polaków. Wystawa przedmiotów mających związek z nauką lekarską nie imponuje ilością, udział wystawców skąpy; najwięcéj okazów dali Anglicy, mniéj Francuzi; z Niemiec spostrzegłem tylko dwóch wystawców; z Austryi Politzer wystawił przekroje kości ucha. Z Rosyi znajduje się kilka przedmiotów, z pomiędzy których wyróżniają się narzędzia prof. Łazarewicza, z Polaków Dr. Rydygier wystawił kilka fotografij i dwa preparaty.

Osobliwszą uwagę zwraca na siebie figura woskowa, obrazowo przedstawiająca liczne choroby, a między innemi zwichnięcia przy ataksyi.

W przyszłym liście zdam sprawę z wydziału chirurgicznego kongresu. *Dr. Rydygier.*

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu 28 (do 9 lipca) ospa w Londynie bardziéj się zmniejszyła. Świeżo zapadło 163, leczyło się w szpitalach 1296, umarło 73. W Wiedniu umarło 18, w Pradze 5, w Paryżu 27, w Saragosie 10, w Budapeszcie 4, w Liverpolu i Petersburgu po 3, w Barcelonie od 18—25 czerwca 1. Z duru brzusznego umiera więcéj w Budapeszcie i Pradze, mniéj w Paryżu i Petersburgu. Z duru osutkowego umarło mniéj w Petersburgu tylko 47, w Budapeszcie 4, w Pradze 3, w Wiedniu i Londynie po 2. Z febry żółtéj umarło w Rio de Janeiro od 16—31 maja 9. W tygodniu 29 (do 16 lipca) umarli w Krakowie: 2 z ospy, 3 z płonicy, 1 z błonicy, 2 z krztuśca, 4 z duru osutkowego, 2 z gorączki połogowéj, 1 z czerwonki, a doniesiono w tymże czasie o 1 przypadku ospy, 4 odry, 3 płonicy, 1 błonicy, 35 duru osutkowego, 2 róży.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 28 (do 9 lipca) umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 37,2; w Poznaniu 58,8; w Wiedniu 31,9; w Budapeszcie 27,4; w Pradze 37,5; w Tryjeście 26,5; w Berlinie 47,3; w Wrocławiu 42,6; w Gdańsku 27,8; w Mnichowie 33,2; w Dreźnie 26,1; w Lipsku 28,6; w Bazylei 22,6; w Brukseli 23,9; w Amsterdamie 18,7; w Paryżu 28,0; w Londynie 21,6; w Kopenhadze 16,4; w Stokholmie 24,5; w Chrystyjanii 22,1; w Petersburgu 56,8; w Odessie 35,8; w Rzymie 27,5; w Madrycie 35,7; w Barcelonie 26,0; w Maladze 46,7; w Lizbonie 22,2; w Aleksandryi 31,2; w Nowym Yorku 28,5; w Filadelfii 18,5; w Rio de Janeiro 44,5; w Bombaju 30,2; w Madrasie 35,0. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 10 sierpnia. Do téj chwili nie otrzymaliśmy jeszcze katalogu Wystawy przyrodniczo-lekarskiéj, bez którego trudno nam dać jéj szczegółowy opis. Poprzestajemy więc na ogłoszeniu sprawozdania Komisyi wybranéj do przyznania nagród.

Następujący wystawcy oświadczyli, że nie ubiegają się o nagrodę: Akademija Umiejętności, co do wydawnictw; Prof. Radziszewski co do ciał fosforyzujących. P. Leon Syroczyński, co do mapy produkcyi górniczéj i mineral. Galicyi; Laboratoryjum Zoologiczne w Dublanach, co do preparatów i tablic Anatomii porównawczéj; Doc. Dunin Wąsowicz, co do zbiorów farmakognostycznych; Dr. Dudrewicz, co do barw włosów dziecięcych; Stowarzyszenie wydawnicze dzieł lekarskich, Muzeum Przemysłowe, co do zbiorów i modeli; Towarzystwo Aptekarskie we Lwowie, co do wydawnictwa; P. Rucker ze Lwowa.

Przyznano Dyplomy uznania: 1) Szkole Leśnictwa we Lwowie, za staranny zbiór okazów drzew dotkniętych chorobami. 2) Michałowi Girdwoyniowi, za wytrwałą pracę około rybactwa. 3) Dr. Kopernickiemu, za zbiór czaszek. 4) Tow. Lek. warsz., za wydawnictwa. 5) Tow. Lek. krak., za wydawnictwa. 6) Dr. Lutostańskiemu, za pomysły i wytrwałą pracę w dziale kartografii lekarskiéj. 7) Towarzystwu „Spolek českich lekařův, za zbiorowe oryginalne wydawnictwo Patologii i Terapii szczegółowéj po czesku. 8) Wydawnictwu: „Pamiętnika fizyjograficznego“. 9) P. Jelskiemu, za zebranie bogatych materyjałów naukowych, a szczególnie zbioru skał metamorficznych. 10) Dr. Adryjanowi Baranieckiemu, za utworzenie i ciągłe wzbogacanie Muzeum. 11) Towarzystwu Przyrodników Imienia Kopernika, za wydawnictwa.

Medale srebrne: 1) Zarządowi zdrojowiska w Rymanowie, za znakomite a w krótkim czasie osiągnięte rezultaty. 2) P. Salbowi, za litografije. 3) P. Ossowskiemu, za prace i wydawnictwa archeologiczne. 4) P. Fryczowi, za preparata z nauk przyrodniczych. 5) P. Trauczyńskiemu za wieloletnią i usilną pracę w kierunku aptekarskim. 6) P. Federowiczowi i Nawratilowi za produkta naftowe. 7) P. Wernerowi, za wyroby aptekarskie. 8) P. Nawratilowi, za przetwory soli przemysłowéj. 9) Dr. Stollowi, za samodzielny i wyborny pomysł instrumentów chirurgicznych. 10) P. Biasionowi, za wyroby optyczne. 11) P. Witoszyńskiemu, za narzędzia chirurgiczne i opaski ortopedyczne. 12) Prof. Adamkiewiczowi, za peptony.

Medale bronzowe: 1) Zarządowi zdrojowiska w Krynicy, 2) Szczawnicy i 3) Żegiestowie. 4) P. Bieniaszowi, za zastósowanie gutaperki do paleontologii. 5) Wydawnictwu „Słownika geograficznego“ (za początek pracy). 6) P. Żulińskiemu, za globus demonstracyjny. 7) P. Romerowi, za anat. preparata makroskopowe. 8) P. Filipowiczowi, za kolekcyję preparatów botanicznych. 9) P. Szyszyłowiczowi, za zbiór wątrobowców tatrzańskich. 10) P. Rzący, za wody sztuczne i inne produkta chemiczne. 11) P. Wiszniewskiemu, za wyroby aptekarskie. 12) P. Ihnatowiczowi, za wyroby chemiczne. 13) P. Majewskiemu, za wyroby chemiczne. 14) Dr. Dobrskiemu, za liczne wydawnictwa lekarskie. 15) Dr. Klinkowi, za pracę około wydania dzieła Oczki. 16) Stowarzyszeniu do wyd. dzieł lekarskich, za wydawnictwa. 17) P. Mannowi, za opaski ortopedyczne filcowe. 18) P. Kosydarskiemu, za wyroby blacharskie do obsługi chorych służące. 19) P. Główczewskiemu, za litografije naukowe.

Listy pochwalne: 1) Zarządowi zdrojowiska w Pustomytach. 2) W Rabce. 3) W Morszynie. 4) W Busku. 5) Towarzystwu tatrzańskiemu za „Pamiętnik.“ 6) Dr. Wierzbickiemu, za Sekstans. Za wyroby aptekarskie: 7) P. Jasieńskiemu, 8) P. Mussilowi, 9) P. Blumenfeldowi. 10) P. Hausbergowi, 11) P. Międlickiemu. 12) P. Zaleszczyńskiemu, za wyroby chemiczne. 13) P. Leszkowi, za mydło lekarskie. 14) Towarzystwu aptekarskiemu warsz., za tablicę grzybów trujących. 15) P. Klemensiewiczowi, za rysunki i odciski motyla. 16) Dr. Talko za rysunki patologiczne oka. 17) P. Zarzyckiemu, za tanie materace druciane dla chorych. 18) P. Brzostowskiemu za szyny drewniane dla chorych. 19) P. Malczowi, za model inhalatora. 20) P. Godek, za model przyrządów kopalnianych.

Z medali i nagród nadesłanych Komitetowi wystawy przyznano: Wielkie medale srebrne Tow. roln. krak. 1) P. Ratligowi, za zbiór roślin wodnych rybom pożytecznych. 2) P. Michałowi Girdwoynowi, za przyrząd wylęgowy własnego pomysłu. 3) Dr. M. Łuszczkiewiczowi, za wytrwałą od lat wielu pracę około podniesienia jedwabnictwa krajowego i znaczny zbiór owadów.

Medale srebrne rządowe. 1) P. Frege, za doborową grupę palm i wytrwałą pracę około podniesienienia ogrodnictwa, a w szczególności za piękny okaz Musa Ensetae i bukiety. 2) P. St. Morgensternowi, za dorodne okazy rzadkich roślin egzo-

tycznych i piękny zbiór gwoździków. 3) P. Jakóbowi Tenglerowi, za gustowne ugrupowanie roślin dekoracyjnych, piękny zbiór dorodnych starannie wychodowanych coleusów i begonij tudzież za jagody i bukiety.

Medal srebrny Tow. roln. krak.: Pani Sanockiéj. za staranną hodowlę jedwabników i obfity zbiór surowego jedwabiu. Pani Filipinie Malinowskiéj, w Krakowie, za udzielanie nauki wysnuwania jedwabiu krajowego **nagrodę 25 złr.** w. a z daru Tow. roln. krak. P. Florkiewiczowi, za wytrwałą pracę około podniesienia pszczelnictwa krajowego **nagrodę 35 złr.** w. a. z funduszu Tow. roln. krak.

* Časopis lékařůw českých zamieszcza sprawozdanie z III Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich.

* Podług otrzymanych wiadomości w Cieplicach czeskich do d. 4 sierpnia bawiło gości kąpielowych osób 7.930.

* **Karlsbad.** d. 6 sierpnia. Do dnia dzisiejszego przybyło gości kąpielowych 21.098, o 32 osoby mniéj aniżeli w roku przeszłym. W ubiegłym tygodniu przeważały dnie piękněj pogody; w pierwszéj połowie spadły deszcze przy ciepłocie między 16° do 18° R. w cieniu; w drugiéj połowie panowała posucha, ciepłomierz okazywał 22°R w cieniu.

* **Krynica.** Do dnia 25 lipca przybyło do tutejszego zakładu gości kąpielowych osób 2.369.

* **Insbruk.** Prof. położnictwa Kleinwächter otrzymał urlop półroczny a równocześnie Ministerstwo oświaty poleciło Wydziałowi lek. mianowanie zastępcy z pośród dwóch kandydatów, a mianowicie Drów Schauty i Pawlika we Wiedniu, asystentów Spätha i Brauna.

* **Giessen.** W miejsce zmarłego niedawno Perlsa Wydział proponuje 3 kandydatów na katedrę anatomii patologicznéj, a to w następującym porządku: Morchanda we Wrocławiu, Thomę w Heidelbergu i Baumgartena w Królewcu.

* **Mianowania i odznaczenia.** Prof. Dr. Jodko-Narkiewicz udekorowany został orderem św. Stanisława 2giéj klasy.— Drowie Kraszewski i Rosenthal otrzymali order św. Stanisława 3ciéj klasy. — Prof. nadzw. Bogumił Eiselt w Pradze czeskiéj zamianowany został prof. zwyczajnym i dyrektorem kliniki lekarskiéj pierwszéj (opróżnionéj po Jakschu) z wykładem czeskim, a Dr. Alfred Pribram prof. zwyczajnym i dyrektorem kliniki 3ciéj. Nareszcie Czesi doczekali się katedry klinicznéj zwyczajnéj, czego im serdecznie winszujemy.—Prof. nadzw. i prymaryjusz we Wiedniu Dr. Dittel jako kawaler orderu korony żelaznéj 3ciéj kl. otrzymał szlachectwo austryjackie.— Docent prywatny Dr. Finkler w Bonn mianowany został prof. nadzwyczajnym.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 32: Dra Rejchmana: Nowe poszukiwania nad sztuczném trawieniem; Dra Jerzykowskiego: Kilka uwag nad leczeniem zboczeń okresu wydalania łożyska; Dra Ed. Maresza: Przypadek kamieni napletkowych. — W *Medycynie* Nr. 32: Dra Lewandowskiego: O użyciu zatykadła pochwowego przy poronieniach; Dra Nowodworskiego: W sprawie mechanizmu ran postrzałowych kości.

Piśmiennictwo lekarskie. RANKE J. Grundzüge der Physiologie d. Menschen m. Rücksicht auf die Gesundheitspflege. 4 Aufl. Mit 274 Holzschn. gr. 8. Leipzig, Engelmann. M. 14.

RICHE A. Manuel de chimie médicale et pharmaceutique. Avec 126 fig. 3 éd. 12. Paris, G. Baillière. Fr. 8.

RIGAUER V. Die Diphtherie u. ihre Behandlung durch das kalte Nasenbad. Mit 2 Tfln. gr. 8 Leipzig. F. C. W. Vogel. M. 2 80

RUEFF A. Étude sur les troubles nerveux d'orygine gastrique. 8. Paris. Doin. Fr. 2.

SCHUBERT P. Ueber syphilitische Augenkrankheiten. M. Holzschn. gr. 8. Berlin, Letto. M. 3. 60.

Sprostowanie. W Nrze 32 zaszły następujące omyłki: na str. pierwszéj w 5 wierszu z góry w szpalcie pierwszéj wydrukowano „doświadczenie," ma być „doświadczenia:" w wierszu 7 wydrukowano „bezpośrednio" zamiast „pośrednio." W szpalcie drugiéj, wiersz 18 z dołu „*videbant*" czytaj „*vivebant.*" Na str. 434 w 29 wierszu z dołu, w szpalcie drugiéj zam. „nieżytowi nosa" ma być „nieżytowi oskrzeli:" w téjże szpalcie, w wierszu drugim z dołu zam. „*der Menschen*" ma być „*des Menschen.*"

W zastępstwie redaktora: **Dr. A. Kwaśnicki.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej pół tora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Ulica Podwale Nr. 84.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Boulv. Voltaire 180, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 20 sierpnia 1881. № 34. Rok XX.

I. O stosowaniu i działaniu środków przeciwgnilnych (antyseptycznych) drogą wziewań w zboczeniach dróg oddechowych.

Rzecz podana w streszczeniu z posiedzenia Sekcyi Zjazdu. Przez Dra Malcza.

Wiadomo, że do rzędu racyjonalnych czynników pomocniczych w terapii zboczeń dróg oddechowych, do których to czynników zaliczamy czyste i krzepiące powietrze, utrzymanie integralności czynności trawienia, odżywianie mięszaną dyjetą, obfitującą w węgleki wodu, alkohol, tłuszcze itp., gimnastykę płucną i mięśni klatki piersiowéj, wreszcie hydroterapiję, zaliczyliśmy stosowanie właściwych środków lekarskich drogą wziewań, jako bezpośrednią, racyjonalną, fizyjologiczną.

Otóż w przebiegu zboczeń oskrzeli i płuc z charakterem przewlekłym zbyt często napotykamy powikłania z cechami, świadczącemi o obecności sprawy rozpadowéj w powyższych narządach *(putrescentio)* z wydzieliną ściśle zwartą, zastoinową, cuchnącą, jak to ma miejsce w nieżytach oskrzelowych *(bronchitis putrida)* i przy rozszerzeniu oskrzeli *(bronchiectasia)* u suchotników z wydzieliną płynną i obfitą (*bloenorrhoea*) z jam *(cavernae)* pochodzącą, wreszcie z cuchnącą ropą w zgorzeli i wrzodzie *(abscessus)* miąższu płucnego. W celu unieszkodliwienia i wydalenia podobnie wadliwéj wydzieliny, w wysokim stopniu ujemnie oddziaływającéj na odnośne umiejscowienie chorobowe a nadto, przez wessanie do krwi i jéj zakażenie, powodującéj gorączkę niszczącą, podawano różnemi czasy to środki wykrztuśne, a pośród których najracyjonalniejszym jeszcze okazał się środek wymiotny (nie w każdym jednak przypadku mogący być zastosowany), to środki balsamiczne drogą wewnętrzną (*octan ołowiu* Traube), chinin, wreszcie *antiseptica* (wewnętrznie), których działanie rzadko, a najczęściéj zbyt okazuje się problematycznem, a nadto ujemnie często oddziaływającém na stan dróg pokarmowych, utrzymanie integralności których, tak jest dla nas w każdym razie ważném.

Od r. 1860 widzimy stanowczy zwrot w tym kierunku, wewnętrzne stosowanie ustępuje miejsca bezpośredniemu miejscowemu przez wziewania, za pomocą odpowiednich przyrządów i liczny zastęp prac i spostrzeżeń w tym przedmiocie podjętych, wykazuje niezmiernéj doniosłości pomyślne wyniki.

Pierwszy Sales Girons *(Traitement de la phtisie pulmonaire. Paris 1860. Acad. de Méd. de Paris. Janvier, 1861.)* w r. 1860 stosuje smołę u suchotników drogą wziewań. Po nim w 1861 r. Max Langenbeck podobną drogą używa rozmaite przetwory za pomocą własnego pomysłu t. zw. respiratora inhalacyjnego, tak w zboczeniach płuc, jak i w innych (Waldenburg. *Lehrbuch der respiratorischen Therapie, 1872, str. 730).* W 1871 Sommerville Oliver zaleca respirator do wziewań z kw. fenilowego w suchotach płucnych *(empyema, bronchitis putrida)* (*Deutsche Klinik 1861, Nr. 13*).

Sigg w Andelfingen sporządza przyrząd własny do wziewań olejków lotnych *(Ol. Tereb. Spir. Terebinth. Ol. Tereb. c. Ac. carb. 20% aa. pp.)* w nieżytach oskrzeli i oskrzelotoku *(blenorrhoea)*.

Fränkel *(Ziemssen's Handbuch itd. Tom IV, str. 76)* także wspomina o podobnym przyrządzie, a Rothe (*Berl. klin. Wochenschrift 1870, str. 278, 290, 305*) podaje dodatnie wyniki z wziewań kw. fenilowego w gruźlicy. Škoda, Waldenburg zalecają wziewania ol. terpentynowego i jednoczesne nasycanie powietrza pokoju balsamicznemi wyziewami.

Leyden stosuje na większą skalę wziewania z kwasu fenilowego w rozczynie 2—4%.

W 1879 r. Curschmann doc. Uniw. Berl. na posiedzeniu Tow. lek. berl. przedstawia swoją maskę inhalacyjną do wziewań antyseptycznych (*Zur Local-Behandlung der putriden Bronchial- und Lungen-Affectionen. Berl. klin. Wochensch. 1879, Nr. 29, 30)* wraz z referatem, dotyczącym miejscowego leczenia spraw rozpadowych w oskrzelach i płucach w szczególności zaś, za pomocą wziewań z kw. fenilowego nierozcieńczonego.

Haussmann (*Berl. klin. Wochenschrift 1880, Nr. 34. Zur Therapie mittelst Inhalations-Respirator*) w Meranie przedstawia niemniéj dogodny, prawdziwie praktyczny re-

spirator inhalacyjny. Obydwaj zaś przytaczają rzeczywiście pomyślne i dodatne wyniki na polu odnośnego lecznictwa, gorąco zachęcając do porzucenia obojętności i zwrócenia się do tego kierunku, do ścisléj kontroli dalszéj, do rozszerzenia zakresu wskazań, przyznając metodzie wspomnianéj, należną jéj a rzeczywiście usprawiedliwioną wartość leczniczą. Referent mając sposobność w ciągu 2 lat stosowania środków przeciwgnilnych w rozmaitych formach zboczeń, odnośnego przedmiotu dotyczących, przygotował własnego pomysłu aparat do wziewań przeciwgnilnych, a wyniki tego stosowania ma zaszczyt podać, opierając się na 235 spostrzeganych przypadkach, pomiędzy któremi 113 ściśle skontrolowanych.

Środki lotne, balsamiczne, przeciwgnilne, podług działania swojego ugrupowane były w dwóch działach, a mianowicie: *a)* środki ograniczające ilość wydzieliny a w pewnym stopniu i usuwające jéj obcy zapach w nieżytach oskrzelowych u suchotników (zapalnego, czy też gruźliczego pochodzenia), niemniéj wysuszające resp. wypróżniające zawartość jam suchotniczych obok zgęszczeń w miąższu płucnym (*infiltratio*). Do takich należą: oczyszczona smoła drzewna, ol. terpentynowy, olejki żywiczne (*ol. pini*), kreozot, tymol;

b) oraz takie, które ograniczając wydzielinę, jednocześnie działają jako środki *par excellanee* ubezwaniające, niszczące smrodliwe jéj własności, na czele których postawić należy kwas fenilowy.

Pierwsze z tych środków stosowane były w tych przypadkach, gdzie albo gorączka była o umiarkowanym podwyższeniu stopnia ciepłoty (do 38,5°C.), albo stan był bezgorączkowy, gdzie plwocina była obfita, niekiedy cuchnąca. Kwas fenilowy przeciwnie tam, gdzie podniesienie ciepłoty było wysokie (od 39—40,5°) wydzielina zawsze cuchnąca w okresie jam, przy *bronchitis putrida*, przy *bronchiectasia*, *bronchorrhoea* po zapaleniu miąższu płucnego (*pn. interstitialis*) przyrody czysto zapalnéj, czy gruźliczéj.

Czas trwania stosowania wynosił od 4—8 godzin dziennie w postaci leżącéj, siedzącéj, najczęściéj jednak i najkorzystniéj dla chorego, chodząc na powietrzu czystém w dni pogodne, lub téż w razie niemożebności wychodzenia na powietrze, w należycie odwietrzonym pokoju, napełnionym parą, nasyconą treścią balsamiczną igieł sosnowych żywicznych.

Środki powyższe nalewano na watę po kilkanaście kropli wyłącznie w masce Curschmanna, w respiratorze Hausmanna lub w moim przyrządzie *per se*, w roztworze wyskokowym lub w połączeniu z kw. fenilowym. Co do szczegółowego działania powyższych środków, ol. terpentynowy niekiedy nieznoszony z powodu przykrego zapachu, powodując zawrót w głowie, sprawia lekkie przekrwienie bł. śluzowéj krtani, kaszel i powiększenie wykrztuszania w początku stosowania. Ograniczał on wydzielinę, usuwał obcy zapach, zmniejszał objawy nieżytu, które jednak powracały w miarę dłuższego zaprzestawania wziewania.

Inne objawy towarzyszące zapaleniu lub po zapaleniu miąższu powstające, nie ulegały zmianie, choć nie zawsze. Przetwór ten, stosowany był w 32 przyp. *bronchitis putrida* (hist. choroby Nr. 9, 12, 15, 24 i od 44 do 72) i w 44 przyp. *bronchorrhoea ex bronchiectopia* pochodzących, przyrody niegruźliczéj (hist. chor. od 1—44).

Smoła drzewna oczyszczona częściéj jak poprzedni przetwór używaną była, już dla tego, że nie wywiera tak podniecającego wpływu na błony śluzowe krtani i jamy ust, jużto, że przez chorych chętnie bywa znoszoną. Stosowaną była w maści 1:3 (*Ung. picis*) w tych wszystkich postaciach chorobowych, gdzie chodziło przeważnie o zmniejszenie wydzieliny z produktów zapalnego pochodzenia, bez obcego zapachu lub w obec niego, przy stanie bezgorączkowym lub o umiarkowanym stopniu podwyższenia ciepłoty.

Skutki otrzymywane były po większéj części pomyślne i zasługujące na obszerniejsze zastosowanie niż to dotąd miało miejsce, a w szczególności w nieżytach oskrzelowych u suchotników w połączeniu z przewlekłym nieżytem krtani. Płucie krwią nie stanowiło przeciwskazania, ze względu na niezwyczajny stopień zadrażnienia, jakie wywołują wziewania smolne, czego przeciwnie nie można powiedzieć o ol. terpentynowym.

Najdodatniejsze wyniki (Hist. chor. od 72—94) miały miejsce wtedy, gdy miało się do czynienia ze świeżemi nieżytami w początku ich pojawienia.

Kreozot stosowany był u dorosłych osób i u starszych dzieci, nierozcieńczony przy krwiopluciu. Działanie jego było wydalające, ubezwonniające, dezinfektujące wydzielinę w powyżéj przytoczonych formach chorobowych, a nadto o podstawie gruźliczéj i w sprawach z nią powikłanych. Krwioplucie usunięte zostało w 10 przypadkach (hist. chor. 95 do 105). Kreozot winien być czysty.

Tymol niechętnie znoszony był przez chorych, jakkolwiek działanie jego mniéj jest toksyczne, jak kwasu fenilowego.

Przy zwyczajnéj ciepłocie, ulatniał się trudniéj jak poprzednie środki, dla tego stosowany był w roczynie wyskokowym i podsycany wyższą ciepłotą pary wodnéj.

Kwas fenilowy stosowany był w roczynie wyskokowym 5—10—20%, a nawet za przykładem Curschmanna nierozcieńczony. Nawet w téj ostatniéj postaci, nigdy nie powodował objawów zatrucia, pomimo tego, że był stosowany u osobników osłabionych (dorosłych) w ciągu tygodni po kilka godzin z rzędu. Mocz badany obecność jego wykazywał, część pewna zatem przenikała do obiegu krwi, nie w takiéj jednak ilości, aby tu zatrucie spowodować mogła.

Powody tego spoczywać się zdają w przypuszczeniu, że tylko pewna nieznaczna część jego już w rozcieńczeniu przenika do płuc, uprzednio łącząc się z zawartością oskrzeli i jam, a następnie wykrztuszoną zostaje. Wreszcie, i dla tego prawdopodobnie, że ściany tych wytworów, wyłożone produktami chorobowemi twardszéj organizacyi, opierać się zdają przenikaniu kwasu fenilowego w znaczniejszéj ilości do krwi. Nierozcieńczony drażnił więcéj, gdyż jako taki, powolniéj ulatniał się, dla tego był łączony z alkoholem. Zastosowany w 48 przyp. gnilnego nieżytu oskrzeli, w 25 przypadkach rostrzeni oskrzelowych po zapaleniu miąższu, usuwał dalszy rozpad nietylko z wydzieliny oskrzelowéj ale i z jam pochodzącéj, zmniejszał następny przewlekły nieżyt w drobnych oskrzelach, niemniéj i nacieki (infiltraty) (hist. chorob. 50, 58, 162, 203, 224—230); wreszcie w każdym przypadku usuwał obcy zapach wydzieliny nawet w wysokim stopniu odwaniał ją, wypróżniając zawartość jam, przez co sprzyjał sprawie spadania się ich ścian (*Schrumpfung*) (Hist. chor. 163—202). W zgorzeli płuc nie miałem sposobności spostrzegania jego działania, podług doświadczenia innych działa dodatnio szczególniéj w ściśle ograniczonych formach zgorzelą zajętych, odwietrzając, odwaniając

zawartość produktów rozpadu. W dwóch przypadkach wrzodu płuc (*abscessus pulmonum*), też same przysługi wyświadczał (ob. hist. chor. 230, 235) Z tą tak wielkiéj wagi korzyścią dla pneumoterapii łączy się inna jeszcze, a tą jest obniżanie się stopniowe ciepłoty niekiedy do *minimum* w gorączce niszczącéj u suchotników, o tyle, o ile ta gorączka zależną jest od miejscowych spraw rozpadowych (*putrescentio*). Wiadome nam są trudne, najczęściéj bezowocne usiłowania nasze usunięcia tego niszczącego procesu u suchotników na drodze wewnętrznego stosowania wszelkich możliwych środków przeciwgorączkowych (*antipytica*), czy téż drogą podskórną.

Na 85 przypadków rozmaitych form suchót płucnych powikłanych z wysokiém nasileniem gorączki, ściśle skontrolowanych, faktem jest, że skoro plwocina utracała swoje rozpadowe własności, a znaczna jéj ilość wyplutą została, ciepłota już w przeciągu kilku godzin, częściéj kilku dni, z 40,5° i wyżéj redukowała się do minimum, najczęściéj stale do 37,2°C. utrzymując się dłuższy czas na tym stopniu bez nasileń. W takich przypadkach kwas fenilowy nierozcieńczony dawał bezwarunkowo lepsze wyniki (Hist. chor. od 86 do 93 od 100—115 od 170—172).

Wychodząc zatem z zasady, że: *a*) treści chorobowe stagnujące i rozpadowi podlegające w odnośnych swoich umiejscowieniach, działają w wysokim stopniu podrażniająco, powodując nekrotyzujące zapalenie, owrzodzenia, wreszcie zgęszczenia (*infiltratio*) w oskrzelach i w otaczającym je miąższu płucnym;

b) że takowe stekowiska mogą wywierać dalszy swój wpływ niszczący, przenosząc się i ogarniając zdrowe dotąd sąsiednie części rozgałęzienia dróg oddechowych, powodując nowe zapalenia i coraz nowsze ogniska chorobowe;

c) że także rozpadowi podlegające treści, zbyt ujemne skutki przyczyniają w ogólnym stanie zdrowia, wprowadzając do krwi treści zakażające, powodujące gorączkę wyniszczającą, opierającą się wszelkim dotąd stosowanym środkom drogą wewnętrzną.

Opierając się na 113 (z pomiędzy 235 spostrzeganych) przypadkach rozmaitych zboczeń i form chorobowych przewlekłych w narządach oddechowych, ściśle skontrolowanych, przychodzimy do wniosków następujących:

1. Środki przeciwgnilne stosowane drogą wziewań zdolne są zwiększoną wydzielinę oskrzelową (*blenorrhoea*) w sprawach przewlekłych pochodzenia zapalnego i gruźliczego ograniczać lub usuwać, ubezwonniać i odwietrzać, wywierając dodatni wpływ na dalsze powikłania pierwotnych spraw w narządach oddechowych, usuwając lub powstrzymując dalszy rozpad, dane, tak ważne w swoich następstwach; w szczególności zaś dając dodatnie wyniki w dość często wydarzających się formach gnilnego nieżytu oskrzeli, przydarzającego się w przebiegu rozmaitych zboczeń miąższu płucnego.

2. Kwas fenilowy stosowany w roztworze wyskokowym od 4—20%, a w szczególności w nierozcieńczeniu, oprócz wyników jakie powyżéj przytoczone zostały, obniża, usuwa na krótszy lub dłuższy czas gorączkę u suchotników o tyle, o ile gorączka ta zależną jest od obecności, resp. od wydalenia i unieszkodliwienia, miejscowych wytworów gnijących (rozpadowych) w rozmaitych sprawach i zboczeniach narządu oddechowego.

Dodatnie wyniki, jakie na tém polu otrzymali poprzednicy, a w szczególności Curschmann i Haussmann, upoważniają mnie do gorącego zachęcania kolegów do dalszego stosowania pod ścisłą kontrolą naukową, téj metody kuracyjnéj, tak niezmierną doniosłość mającéj dla terapii przewlekłych zboczeń dróg oddechowych.

II. O kile w płucach ze stanowiska klinicznego.

Przez Dra A. Rosnera,
Prof. Uniwersytetu Jagiellońskiego.

(Wykład miany podczas Zjazdu III lekarzy polskich w sekcyi medycyny wewnętrznéj.)

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 33).

W obydwóch naszych przypadkach duszność górowała nad innemi objawami, ona to w obu przypadkach zagrażała życiu. Jakkolwiek ani badanie fizyczne ani téż wziernikowe nie zdołały wykazać zmiany sprawiającéj duszność, to przecież nie od rzeczy będzie zastanowić się nieco bliżéj: *a*) nad siedzibą, *b*) nad rodzajem téj zmiany, a to dla tego, że rokowanie w duszności u kilowych zawisłe jest przeważnie od siedziby, a mianowicie od rodzaju zmian kiłowych. Już sama duszność tak wygórowana u naszych chorych przy braku objawów ze strony płuc i serca przemawia za siedzibą téj zmiany w górnéj części dróg oddechowych. Ponieważ ani w krtani ani téż w górnéj części tchawicy nie można było wykazać żadnéj zmiany, przeto szukać jéj nam wypadało w dolnéj części tchawicy (miejsce rozdzielenia się tchawicy) i w oskrzelach głównych, które, jak wiadomo, bardzo często bywają nieprzystępne dla wziernika. Z nierównych objawów fizycznych, mianowicie przysłuchowych w obu płucach u naszych chorych wolno było wykluczyć tchawicę *in toto*, jako siedzibę tych zmian, pozostały tedy tylko oskrzela główne, o których Virchow, Wagner, Gerhard, Riegel, Ponikło wykazali, że bywają, i to wcale nie rzadko, siedzibą różnych zmian kiłowych. Bardzo pouczający pod tym względem preparat znajduje się w tutejszym zakładzie Anatomii patologicznéj, po kobiecie zmarłéj w klinice mojéj, która przez dłuższy czas zostawała w mojéj opiece lekarskiéj. Preparat ten przedstawia, według opisu Dra Ponikły (*Przegląd Lekarski* 1878 str. 357), „zwężenie dolnéj części tchawicy i początku oskrzela głównego prawego, skutkiem blizny powstałéj po wrzodzie kiłowym. Blizna ta około rozdziału tchawicy zstępuje na dół do oskrzela głównego prawego, zajmuje to oskrzele i jego największe rozgałęzienie na przestrzeni 3—4cm., licząc od rozdziału. Blizna jest najwięcéj rozwinięta w obwodzie wyjścia oskrzela głównego prawego, gdzie tworzy wydatny, ku światłu oskrzela lekko wystercający pierścień. Pierścień ten zamyka otwór mniéj więcéj kolisty o średnicy 3mm.“ Zmiany około otworu oskrzela lewego były nieznaczne, tak że przystęp powietrza był wolny. W naszych dwóch przypadkach mogła być mowa tylko o zmianie kiłowéj w oskrzelu głównem prawém, bo przez lewe przechodziło powietrze swobodnie i dostawało się do pęcherzyków płucnych, a już Gerhard i Riegel wykazali, że zwężenie jednego oskrzela głównego wystarcza aż nadto do sprowadzenia nietylko duszności bardzo znacznéj, ale nawet i śmierci. Po rozebraniu tedy wszystkich objawów u naszych chorych nie pozostało jak przypuścić, że oskrzele główne prawe, a może prócz niego mała część odcinku dolnego tchawicy, otaczająca wyjście do oskrzela prawego, były siedzibą zmian kiłowych. Z tego co powiedziałem wynika, że wykazanie siedziby zmian kiłowych chociaż nieprzystępnych dla wziernika nie sprawia zbyt wielkich trudności. Inaczéj się rzecz ma z oznaczeniem rodzaju zmian kiłowych. Ozna-

czenie takie jest w każdym przypadku bardzo trudne, a w wielu przypadkach wprost niepodobne. W oznaczaniu takiém zachodzi pytanie, czy w danym przypadku wrzód kiłowy lub blizna, czy ucisk oskrzeli głównych lub zwężenie tych oskrzeli sprowadza tę duszność wygórowaną u kiłowych? Odnosząc te pytania do naszych 2 chorych, powiedzieć można, że blizna niemal z pewnością téj duszności nie sprowadziła, a to z powodu przebiegu nader pomyślnego i ustąpienia zupełnego duszności; również wrzód w oskrzelu prawém nie był z wielkiém prawdopodobieństwem przyczyną duszności, ponieważ blizna po takim wrzodzie musiałaby mniéj lub więcéj ścieśnić oskrzele prawe, a chorzy nasi nie mogliby bez operacyi następowéj oddychać tak swobodnie i spokojnie, jak podczas najlepszego zdrowia. Zdaniem mojém, przyczyną duszności u naszych chorych mogło być tylko ścieśnienie uciskowe lub śródoskrzelowe, a to dla tego, że tylko ścieśnienie oskrzela, powstałe czy to z powodu ucisku np. przez gruczoł powiększony, czy też z powodu znacznego zgrubienia ścian, jak to Gerhard i Riegel opisują, ustąpić może w zupełności po użyciu środków przeciwkiłowych. Który z tych dwóch rodzajów ścieśnienia duszność sprowadził u naszych chorych, trudno wprawdzie na pewno powiedzieć, uwzględniając wszakże należycie wszystkie objawy towarzyszące duszności uważać należy ścieśnienie śródoskrzelowe za przyczynę prawdopodobniejszą duszności. Ucisk oskrzela jednego, mianowicie w miejscu ograniczoném, musi być bardzo znaczny, ażeby sprowadzić duszność wysokiego stopnia. W skutek tak mocnego ucisku oskrzela powietrze do jednego płuca wcale dostaćby się nie mogło, w płucu tém nie mogłyby powstać szmery oddechowe, a ruchy klatki piersiowéj po stronie ugnieconego oskrzela zeszłyby do minimum. Otóż tego wszystkiego nie spostrzeżono u naszych chorych. Przysłuch nie wykazywał w prawdzie w prawém płucu nigdzie szmerów pęcherzykowych, ale wykazał szmery oddechowe nieoznaczone, powietrze zatém dostawało się do płuca, chociaż się z trudnością przedzierać musiało przez miejsce ścieśnione. To dostawanie się powietrza do płuca jest też przyczyną, że w opisie chorych nie wspomniałem o różnicy w poruszaniu się klatki piersiowéj po jednéj i drugiéj stronie. Różnica niezawodnie była, ale musiała być tak nieznaczną, że nie zwróciła na siebie uwagi ani mojéj ani też tylu innych kolegów, którzy kilkakrotnie z uwagą chorego E. badali. Ścieśnienie uciskowe tłumaczyłoby wprawdzie duszność i ustąpienie duszności po leczeniu właściwém, ale nie tłumaczy tylu innych objawów towarzyszących duszności. Ścieśnienie zaś śródoskrzelowe z powodu znacznego zgrubienia ścian oskrzela głównego prawego, zrządzone nasiąkiem kiłowym, tłumaczy z łatwością wszystkie objawy i dla tego nie waham się uważać takie ścieśnienie śródoskrzelowe za przyczynę duszności u naszych chorych. Jednego wszakże przemilczeć nie mogę, oto, że do odgadnienia tego przyczynił się najwięcéj wynik pomyślny leczenia, bez którego oznaczenie bliższe ścieśnienia oskrzela prawego u naszych chorych byłoby nierównie trudniejszém a może i niepodobném.

Zatrzymałem się nieco dłużéj nad zmianami kiłowemi w oskrzelach głównych, raz dla tego, że zostają w ścisłym związku ze zmianami kiłowemi w płucach i tém samém przyczynić się mogą do rozpoznania nasięku kiłowego, a powtóre, że zmiany te w oskrzelach głównych o wiele więcéj wpływają na rokowanie u dotkniętych kiłą w płucach aniżeli nasięk. Na usprawiedliwienie tego twierdzenia pozwolę sobie w streszczeniu opisać przypadek leczony w klinice mojéj (Przypadek obszernie opisany przez Dra Obtułowicza. Przegląd Lekarski 1878), o którym powyżéj wspomniałem. W marcu 1878 przyjęto na klinikę moją 32-letnią kobietę, z nasiękiem w obu szczytach i z dusznością bardzo znaczną. Po wykluczeniu przyczyny téj duszności w płucach i w sercu rozpoznałem, z powodu braku zmian w krtani, zwężenie tchawicy sprawione zmianą kiłową. Przypuszczałem, że zwężenie, dla braku owrzodzeń w gardle i w krtani, pochodzi z nacieku ścian tchawicowych i spodziewałem się przebiegu pomyślnego po środkach przeciwkiłowych. Tymczasem duszność, mimo leczenia właściwego, wzmagała się i doszła do tego stopnia, że musiałem zrobić tracheotomiję. Po téj operacyi, która wykazała, że górna część tchawicy wolną była od zmian kiłowych, nastąpiła znaczna ulga. Chora używała daléj jodek potasowy i robiła wcieranie szaruchy. Mimo tego energicznego leczenia wystąpiły na nowo ataki duszności w 4tym tygodniu po operacyi, a podczas takiego ataku śmierć nastąpiła. Chorą badano wziernikiem kilkakrotnie przed i po operacyi, ale nie zdołano wykazać zmiany sprawiającéj duszność.

Sekcyja wykazała zwężenie znaczne oskrzela prawego i dolnéj części tchawicy, sprowadzone blizną po wrzodzie kiłowym rozległym w oskrzelu prawém. Gdyby mi się w tym przypadku było udało oznaczyć dokładnie siedzibę i rodzaj zmiany kiłowéj, niewątpliwie starałbym się, po zabliźnieniu wrzodu, rozszerzyć miejsce zwężone i utrzymałbym może chorą przy życiu. Co do nasięku w obu płucach, to sekcyja wykazała w płucach pozostałości ubiegłéj i ograniczonéj sprawy przewlekle zapalnéj w postaci ograniczonego zwyrodnienia modzelowatego miąższu szczytów płucnych. (Wyjęte z protokołu sekcyjnego). Zmiany te w płucach zostają niewątpliwie w ścisłym związku z zmianami kiłowemi w oskrzelu głównem i powstanie swoje zawdzięczają niewątpliwie zakażeniu kiłowemu. Zmiany te w płucach nie sprawiały choréj dolegliwości znaczniejszéj i nie przyczyniły się w niczém do wypadku niepomyślnego.

Zmiany kiłowe w płucach występują, jak to wszyscy lekarze jednozgodnie utrzymują, częściéj w prawém płucu aniżeli w lewém. Natomiast nieuzasadnioném jest twierdzenie, jakoby płat środkowy płuca prawego był ulubioną, lub nawet, jak niektórzy lekarze twierdzą, jedyną siedzibą nasięku kiłowego. Na cztery przypadki obserwowane przezemnie wykazano nasięk trzy razy w prawém, a raz w lewém płucu, trzy razy w górnym płacie a raz w dolnym; u kobiety zmarłéj znaleziono nasięk w obu szczytach płucnych.

Opukiwanie nasięku daje odgłos mocno stłumiony, przysłuch wykazuje wdech i wydech nieoznaczony, obok rzężeń średnio- lub wielkobańkowych, które nie w każdym przypadku występują. W żadnym przypadku nie słyszałem oddechu oskrzelowego lub rzężeń dźwięcznych, również w żadnym powiększonego drgania głosowego. Inni lekarze opisujący nasięki kiłowe w płucach, podają podobny wynik badania fizycznego, wspominają wprawdzie o wdechu i wydechu oskrzelowym, o rzężeniach dźwięcznych, ale rzadko tylko a rzadziéj jeszcze o powiększoném drganiu głosowém. Widzimy z tego, że nasięk kiłowy nie przedstawia i przedstawiać nie może ani nowych ani też niezwykłych objawów fizycznych, któreby piętnowały kiłę, ale zwykłe i znane powszechnie objawy fizyczne są tak obok siebie ustawione, że powstaje obraz kliniczny nieco odmienny. Nikogo zapewne nie zdziwi, że mnie uderzyć musiał ten brak zupełny oddechu oskrzelowego, rzężeń dźwięcznych i zwiększonego

drgania głosowego obok stłumienia tak wybitnego u chorych dotkniętych kilą w płucach, chociaż dobrze o têm wiem, że podobne objawy wystąpić mogą i rzeczywiście występują w przypadkach zapalenia przewłocznego płuc międzyzrazikowego. W braku objawów tak zwanéj konsonancyi nie widzę u moich chorych nic przypadkowego; brak ten uważam za następstwo właściwego przebiegu zmian kiłowych w płucach, tego przebiegu, który przecież pozwala w innych przyrządach rozpoznać lub przypuszczać znaczenie kiłowe złogów, nieróżniących się na pozór niczém od złogów prostego zapalenia. Wysypki kiłowe, wrzody kilakowe, obrzęki kostne, zmiany kiłowe w jądrach, w wątrobie nie noszą przecież na sobie wybitnego piętna kiły, a mimo to rozpoznajemy znaczenie kiłowe tych zmian po pewnych, czasem bardzo tylko nieznacznych, właściwościach, zdradzających jednak przebieg odmienny od przebiegu podobnych zmian pochodzących z innych przyczyn. Jak w innych chorobach tak i w kile anatomija patologiczna jest tą pochodnią rzucającą światło na przyczynę pewnych objawów chorobowych, i po niéj się téż spodziewamy wykazania przyczyny braku objawów konsonancyi lub rzadkiego tylko wystąpienia tych objawów u dotkniętych nasiękiem kiłowym w płucach.

Anatomiją patologiczna podaje, że zmiany kiłowe w płucach zazwyczaj początek swój biorą od ścian oskrzelowych i od tkanki łącznéj międzyzrazikowéj, a daléj że zmiany te w dwóch formach występują, w formie rozlanego nasięku *(diffus)* i w formie guzów kilakowych obok siebie ułożonych. U dorosłych druga forma częściéj się zdarza aniżeli forma rozlanego nasięku (Virchow). Guzy te kilakowe kolejno w płucu się wytwarzają i w miarę powstawania kolejno się téż przeobrażają w sposób znany i właściwy kilakom. Między temi guzami znajduje się tu i owdzie mniejsza lub większa część płuca nienaciekłego, ale ugniecionego, a że guzy te kilakowe z upodobaniem powstają w obwodzie płuca, przeto, jak Virchow podaje, opłucna pokrywa się grubą błoną wrzekomą. Zmiany te kiłowe w płucach tworzą więc nasięk niejednostajny, o zbitości nierównéj i utkaniu nierównêm, pokryty opłucną zgrubiałą, który otacza oskrzela mniéj więcéj zwężone o powierzchni najczęściéj nierównéj i zatkane śluzem. Że w takich warunkach anatomicznych objawy konsonancyi nie powstają, nikogo zapewne nie zdziwi. Podobne nasięki w płucach, złożone z ustawionych obok siebie gniazd zapalnych zbitych, powstać mogą i z innych powodów, ale to się rzadko bardzo zdarza. Virchow wspomina o takich guzach, podobnych zupełnie do kilaków, a powstałych z zapalenia międzyzrazikowego płuc, mianowicie u kamieniarzy. W takich wyjątkowych przypadkach objawy fizyczne mało co albo wcale różnić się nie będą od objawów fizycznych nasięku kiłowego. Z drugiéj strony nasięk kiłowy wystąpić może, chociaż rzadko, u dorosłych w formie rozlanéj i mało tylko lub wcale różnić się nie będzie od nasięku po chronicznêm międzyzrazikowêm zapaleniu płuc.

Jeżeli mimo tego wszystkiego w objawach fizycznych upatruję pewną wskazówkę ułatwiającą rozpoznanie kiły w płucach, to przeważnie dla tego, że zapalenie przewłoczne międzyzrazikowe płuc, z którém najłatwiéj pomięszać można nasięk kiłowy, nie jest jak wiadomo, *de regula*, chorobą samodzielną ale najczęściéj następową. To téż żaden lekarz nie zadawala się wykazaniem anatomicznêm tego nasięku, ale każdy szuka przyczyny tego zapalenia, szuka téj choroby w drogach oddechowych, która to zapalenie międzyzrazikowe wywołała, a jeżeli przyczyny wykazać nie może, na ten czas powinien każdy lekarz nasięk taki podejrzywać o pochodzenie kiłowe. O rozpoznaniu tedy kiły w płucach z uwzględnienia j e d y n i e tylko objawów fizycznych mowy nie ma. Rozpoznanie kiły w płucach, jak każdéj innéj choby, polegać musi na zebraniu wszystkich objawów tak podjak przedmiotowych i na krytycznêm rozebraniu tych objawów. Uwzględnienie objawów fizycznych może jednakowoż wzbudzić w lekarzu podejrzenie co do znaczenia nasięku, a o nic więcéj téż nie chodzi. Lekarz mający zwróconą uwagę na to, że nasięk w płucach, dla pewnych objawów fizycznych, m o ż e pochodzić z kiły, nie omieszka chorego zbadać w kierunku kiły. Częściéj, aniżeli kolegom się zdaje badanie takie okaże, że chory zostaje pod wpływem zakażenia kiłowego i nie jeden przypadek suchót płucnych polega na kile w płucach, którą środkami właściwemi usunąć można.

Obecność zmian kiłowych późnego okresu w innych narządach ułatwia niezaprzecznie rozpoznanie kiły w płucach. O tychto zmianach twierdzą lekarze, że zawsze towarzyszą kile w płucach, a Schnitzler utrzymuje nawet, że obok zmian w płucach powstają niemal zawsze zmiany kiłowe w krtani, bez których o rozpoznaniu kiły w płucach mowy być nie może. Otóż tak nie jest. Zmiany kiłowe w innych narządach towarzyszą wprawdzie często, może w polowie przypadków, nasiękom kiłowym w płucach ale wcale nie rzadko znajdujemy tylko ślady po kile przebytéj, którym dla rozpoznania kiły w płucach mniejszego znaczenia nie przypisuję od zmian świeżych. Czy zmiany kiłowe w płucach występują bez jakiegokolwiek śladu kiły w innych narządach, tego z własnego doświadczenia powiedzieć nie mogę. Rozpoznanie kiły w płucach byłoby w takich przypadkach nadzwyczaj trudne dla tego, że lekarz bez takich śladów nie mógłby powiedzieć, czy się chory w ogóle znajdował kiedykolwiek w okresie kiły późnéj, t. j. w tym okresie, w którym kiła w płucach występuje. Natomiast często się zdarza (w trzech przypadkach na 4 obserwowane), że świeże zmiany kiłowe na skórze, na błonie śluzowéj, w układzie kostnym etc., okazują się dopiero w jakiś czas zazwyczaj w kilka tygodni po wystąpieniu zmian w płucach i że wystąpienie tych zmian dopiero decyduje o znaczeniu nasięku w płucach.

(Dokończenie nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

Obecny stan sprawy wykrywania zfałszowań masła obcemi tłuszczami. Skreślił Dr. L e o n K o p f f.

(Dokończenie. Patrz Nr. 30.)

W. Heintz *(ibidem XVII. 160)* zwraca uwagę na dość wielkie trudności w stósowaniu metody Hehnera i na żmudną robotę. Dla tego proponuje następujące odmienne postępowanie: 3 gr. czystego masła daje się do kolby objętości koło 2 litrów, nalewa się dokładnie 20 cm. sz. roczynu normalnego wodnika potasowego lub sodowego, gotuje się aż dozmydlenia, a po rozpuszczeniu mydła w mniéj więcéj 40 cm. sz. wody, strąca się go solą kuchenną. Następnie daje się do kolby koło 22 cm. normalnego kwasu siarkowego, zatyka się ją i ogrzewa na łaźni wodnéj, aż do wydzielenia kwasów tłuszczowych nierozpuszczalnych, które wypływają na powierzchnię cieczy. Teraz rozcieńcza się całą ilość płynu wodą do objętości $1\frac{1}{2}$ litra, ogrzewa się jeszcze raz, mącąc ciągle, i

w końcu oziębia. Poczém dodaje się jeszcze raz 2 cm. sz. rozczynu normalnego ługu, mąci się dobrze, i miareczkuje rozczynem $^{1}/_{5}$ normalnego ługu. Za wskazówkę (*indicator*) służy tutaj rozczyn kwasu rosolowego. Według doświadczeń Heintza, zbyt obszernie opisanych, a nie dających się streścić, potrzeba dla masła naturalnego więcéj niż 3 cm. sz. rozczynu $^{1}/_{5}$ normalnego ługu, dla masła zaś zfałszowanego zawsze mniéj niż 3 cm. sz.

Podobną metodę podaje Dupré (*The pharmac. Journ. and Transact. III. 320*). Używa on do zmydlenia masła rozczynu wyskokowego normalnego ługu sodowego.

Na tych samych zasadach opracował swoją metodę Köttstorfer (*Fresenius Zschrf. f. anal. Ch. XVIII*, 199, 431). Polega ona na fakcie, że do zmydlenia masła, które zawiera znacznie więcéj kwasów z C_{10} i niżéj, niż jakiekolwiek tłuszcze inne, potrzeba znacznie więcéj alkali, niż dla innych tłuszczów. Metoda Köttstorfera wymaga miareczkowanego kwasu chlorowodowego ($^{1}/_{2}$ norm.) i temuż odpowiedniego rozczynu wyskokowego ługu potasowego. Z masła, oczyszczonego dokładnie przez stopienie i przesączenie, odważa się 1 do 2 gr., dodaje się oznaczoną ilość rozczynu wyskokowego potasu i kłucąc zmydla się na łaźni wodnéj. Do czystego rozczynu dodaje się 1 cm. sz. Phenolphetaleinu, jako indikator, i miareczkuje się kwasem solnym ilość alkali, która się nie zużyła do zmydlenia tłuszczu. Z tego oblicza się ilość alkali zużytą do zmydlenia, i będącą w związku z kwasami tłuszczu. Dla masła otrzymał K. następujące wartości, wyrażone w milligramach wodnika potasowego i na 1 gr. materyjału obliczone.

227,3 225,7 232,4 226,1 222,1 225,5 221,8 229,6
231,3 221,5 224,4 223,3 228,0 224,2 229,0 227,5
229,5 231,3 222,9 233,0 231,1 224,0 227,6 228,7

A zatém liczby, które leżą między 221,5 a 233,0.

Dla innych tłuszczów otrzymał K. następujące wartości: Dla łoju wołowego 196,5; dla sadła wieprzowego 195,0; dla słoniny wędzonéj 195,7; dla tłuszczu baraniego 197,0; dla oliwy 191,8; dla oleju rzepakowego 178,7; dla masła zupełnie zjełczałego 228,1 i 229,9 (masła te same w świeżym stanie potrzebowały 229,6 i 231,3 mgr. ługu potasowego.

Do obliczenia ilości domięszanego obcego tłuszczu używa K. wzoru:

$(227-195,5):(227-n)=100:x$ czyli $x=(227-n)\ 3.17$

jeżeli x oznacza ilość procentową domięszanego tłuszczu, a n ilość miligrm. ługu potasowego, potrzebnego do zmydlenia tłuszczów. 227 jest średnią między 232,4 i 221,5 tj. ilościami miligramów ługu potasowego, jakie się okazały potrzebnemi do zmydlenia tłuszczów w czystém maśle; 195,5 jest wartością otrzymaną przy zmydleniu tłuszczu wieprzowego i oleomargaryny.

L. Legler (*IX Jahresb. d. Centralstelle f. Gesundheitspflege zu Dresden*) podaje następujące wartości otrzymane przy zastósowaniu metody Köttstorfera. Trzy próby masła dały 227,7, 233,3, 224,9, tłuszcz wieprzowy 197,6, łój barani 198,3, łój wołowy 204,3 i 201,1 olej makowy 206,1 i 197,0 olej rzepakowy 175,6 i 181,5; daléj mięszaniny masła z tłuszczem wieprzowym, a mianowicie:

10% masła z	90% sadła wieprzowego	202,0	mg. ługu potasow.
20% „ „	80% „ „	207,1	„ „ „
30% „ „	70% „ „	210,9	„ „ „
40% „ „	60% „ „	218,5	„ „ „
50% „ „	50% „ „	220,7	„ „ „
60% „ „	40% „ „	221,4	„ „ „
70% masła z	30% sadła wieprzowego	221,5	mg. ługu potasow.
80% „ „	20% „ „	226,6	„ „ „
90% „ „	10% „ „	230,5	„ „ „
100% „ „	0% „ „	232,5	„ „ „

Z wartości tych wypada, że i metoda Köttstorfera niewykazuje jeszcze zfałszowania przy domięszaniu 10—20—30 a niekiedy nawet 40 i 50 procent obcego tłuszczu do masła.

E. Reichert (*Fresenius Zeitschrift f. anal. Chem. XVIII.* 60), podaje metodę, polegającą na oznaczaniu kwasów tłuszczowych lotnych.

W tym celu zmydla on 2,5 gr. masła w kolbie objętości koło 150 cm. sz. przez dodanie 1 gr. wodnika potasowego stałego i 20 cm. sz. wyskoku 80%. Po odparowaniu wyskoku, skoro mydło stanowi masę niepieniącą się więcéj, dodaje się 50 cm. sz. wody i 20 cm. sz. rozcieńczonego (1:10) kwasu siarkowego i poddaje destylacyi całą zawartość kolbki. Destylat zbiera się w kolbce, 50 cm. sz. objętości. Destylacyję przerywa się skoro tylko 50 cm. sz. przekropli się. Płyn przekroplony przesącza się dla oczyszczenia od kwasów tłuszczowych nierozpuszczalnych, któreby przypadkowo przeszły, zaprawia się tynkturą lakmusową i miareczkuje $^{1}/_{10}$ normalnym ługiem sodowym, póki niebieskie zabarwienie płynu stale się nie będzie utrzymywać.

Dla różnych prób masła podaje Reichert następujące wartości: 14,50, 14,05, 13,75, 14,30, 14,00, 14,40, 14,00, 13,25, 13,80, 14,95, 14,20, 13,00, 13,40, wyrażone w cm. sz. rozczynu $^{1}/_{10}$ normalnego ługu sodowego. Podobnie otrzymał R. wartości: dla oleju kokosowego 3,70, oleju margarynowego 0,95, tłuszczu wieprzowego 0,30, tłuszczu z nerek wytopionego 0,25, oleju rzepakowego 0,25.

Według powyższych trzynastu prób masła, oblicza R. średnią wartość dla masła 14,00. Uważa jednak za masło naturalne jeszcze próby, które 13 cm. sz. ługu sodowego potrzebowały do zobojętnienia, te zaś które niżéj 12,5 potrzebowały, za bezwarunkowo falszywe.

Daléj podaje Reichert wynik próby z mieszaninami masła i sadła wieprzowego w różnym stosunku, mianowicie:

0	20	40	60	80	100	procent masła potrzebowały
0,30	3,10	5,90	8,50	11,50	14,30	cm. sz. normal. ługu sodow.

Tłuszcz otrzymany przez zmięszanie 50% sadła wieprzowego, 30% tłuszczu nerkowego i 20% oleju rzepakowego, dodawał Reichert w rożnym stosunku do masła czystego i otrzymał, że mięszanina powyższego tłuszczu z procentem masła:

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%

potrzebowały

0,20	1,65	3,15	4,55	6,02	7,37	8,82	10,17	11,53	13,10	14,50

cm. sz. ługu sodowego do zobojętnienia.

Na podstawie tych badań podaje Reichert następujący wzór:

$B=(7,30+0,24)\ (n-0.30)$;—gdzie $B.$ oznacza szukaną ilość masła w badanéj mięszaninie tłuszczów w procencie, n ilość zużytych do miareczkowania sześć. cm. normalnego ługu sodowego. Błąd przy takiém obliczaniu może wynosić mniéj lub więcéj $0,24\ (n-0,3)$.

L. Legler (l. c. Bd. VIII) wykonał szereg doświadczeń według metody Reicherta, i przyszedł do przekonania, że metoda ta daje przecież wyniki jeszcze niezupełnie zadowalniające. Legler uważa, że błąd główny metody Reicherta polega: 1) w zmydlaniu tłuszczów w rozczynie wyskokowym, który przy przekroplaniu tworzy z kwasami tłuszczowemi różne lotne etery (szczególnie eter masłowy), 2) w zanieczy-

szczeniu ługu sodowego, węglanem sodowym. Z tego powodu zmienił L. metodę Reicherta o tyle, że albo zmydla tłuszcze w rozczynie wodnym, lub jeżeli się użyło alkoholu, odparowuje się go w miseczce porcelanowéj; kwas węglowy wydzielający się w kolbce destylacyjnéj wydala się przez silne kłucenie cieczy. Zamiast tynktury lakmusowéj używa Legier rozczynu kwasu rosolowego.—Na uzasadnienie swego twierdzenia podaje L. następujące zestawienie:

2,5 gr. masła, zmydlone za pomocą 1 gr. wodnika potasowego, potrzebowały przy miareczkowaniu rozczynu normaln. ługu sodowego

sześć cm. 10,9	przy zmydlaniu w	20 cm. sz.	absolt.	alkocholu
„ „ 10,6	„ „	20	„	„ i wydalenie CO_2
„ „ 13,1	„ „	20	„ 80%	wyskok. i wydal. CO_2
„ „ 13,1	„ „	50	„ 80%	„ „ „
„ „ 13,1	„ „	20	„ 70%	„ „ „
„ „ 13,3	„ „	20	„ 60%	„ „ „
„ „ 13,4	„ „	w rozcz. wodn.		„ „ „

Sadło wieprzowe potrzebowało do zobojętnienia 2,2 cm. sz. ługu sodowego, łój barani 2,4, olej makowy 2,6, olej rzepakowy 2,6, tj. znacznie więcéj niż to Reichert podaje.

Mieszaniny szmalcu wieprzowego z masłem, a mianowicie:

90%	80%	70%	60%	50%	40%	30%	20%	10%	szmalcu potrzebowały do zobojętnienia
3,8	5,5	6,1	6,7	7,7	9,4	10,7	11,4	12,4	cm. sz. ługu sod.

co się nie wiele różni od wartości podanych przez Reicherta.

L. Medicus i S. Scherer robili także próby z metodą Reicherta (*Fresenius Zeitschr. f. anal. Chem. XIX*, 159) i uznają oni ją za najlepszą z trzech poprzód opisanych. Cała praca oznaczania ilości domięszanych tłuszczów wymagała mało co nad trzy godziny. 25 gr. czystego masła potrzebowały 13,6 cm. sz. $^1/_{10}$ normalnego ługu sodowego. Mięszanina tego masła z łojem w stosunku jak:

1 cz. masła : 1 cz. łoju, potrzebowały 7,0 cm. sz. ługu sodow.
2 cz. masła : 1 cz. łoju, potrzebowały 9,1 cm. sz. ługu sodow.
3 cz. masła : 1 cz. łoju, potrzebowały 10,1 cm. sz. ługu sodow.

Jeżeli się teraz obliczymy teoretycznie, ileby potrzeba ługu sodowego dla miareczkowania mięszanin w powyższym stosunku, biorąc za podstawę, że 2,5 gr. masła potrzebowały 13.6 cm., a 2,5 gr. łoju 0,3 cm. sz. ługu sodowego i jeżeli się porówna z wartościami przez miareczkowanie otrzymanemi, to będzie się miało następujące różnice:

W mięszaninie 1:1 obrachowano 6,95 cm. sz. spotrzebowano 7,00 cm. różnica + 0,05 cm. sz.; w mięszaninie 2:1 obrachowano 9,16 cm. sz. spotrzebowano 9·1 cm. sz. różnice — 0,06 cm. sz.; w mięszaninie 3:1 obrachowano 10,27 cm. sz. spotrzebowano 10.1 cm. sz. różnica—0,17 cm. sz. czyli obliczywszy procentowo według wzoru $13.6 : 100 = (n - m) : x$, gdzie n oznacza ilość spotrzebowanych cm. sześć., m zaś ilość obrachowaną dla łoju cm. sz. tegoż samego $^1/_{10}$ normalnego ługu sodowego, otrzyma się:

w 1)	zamiast 50,00%	masła 50,35%	różnica	+ 0,35%
„ 2)	„ 66,66%	„ 66,15%	„	—0,51%
„ 3)	„ 75,00%	„ 73,72%	„	—1,28%

A zatém w próbach wykazanych przez Scherera różnica między ilością obrachowaną a otrzymaną według metody Reicherta jest wcale niewielką.

W końcu robili obaj autorowie doświadczenia z innemi tłuszczami według téj samej metody i otrzymali, że dla

2,5 gr. masła próby *a*	potrzeba było	13,6 cm. sz. $^1/_{10}$ norm. ługu sod.
„ „ „ „ *b*	„ „	14,0 „ „ „ „ „ „
„ „ sadła wieprzow.	„ „	0,2 „ „ „ „ „ „
„ „ oleju rzepakow.	„ „	0,3 „ „ „ „ „ „
„ „ oleju lnianego	„ „	0,35 „ „ „ „ „ „
„ „ oliwy zwykłéj	„ „	0,3 „ „ „ „ „ „
„ „ oleju palmow.	„ „	0,5 „ „ „ „ „ „

W zeszłym roku podał Perlcius (*The Analyst* 1879, p. 142) metodę polegającą na równoczesném oznaczeniu kwasów tłuszczowych lotnych i kwasów tłuszczowych nierozpuszczalnych. Bierze on 1 do 2 gr. oczyszczonego masła, zmydla jak zwykle, alkohol wydala na łaźni wodnéj; kwasy łuszczowe nierozpuszczalne strąca małym nadmiarem na zimno wysyconego rozczynu kwasu szczawiowego, po ostatnim zbiera je na sączku, a zebrane przemywa dokładnie wodą wrzącą. Przesącz uzupełnia do 200 cm. z czego koło 100 cm. poddaje przekropleniu. W destylat przeszły wszystkie kwasy tłuszczowe lotne, które miareczkuje rozczynem $^1/_{10}$ normaln. ługu sodowego. Na sączku zebrane kwasy tłuszczowe nierozpuszczalne, dokładnie wymyte, rozpuszcza we wrzącym wyskoku, rozczyn uzupełnia do 100 cm. i za pomocą ustawionego alkali miareczkuje kwasy. Tym sposobem postępując, otrzymał dla dwóch prób masła, rachując na 1 grm. tłuszczu

kwasów tłuszczowych lotnych	43.1	i 44.2	mgr.
„ „ nielotnych . . .	181.4	„ 180.0	„
suma zpotrzebowanych mgr. KO_2H =	224.5	i 224.2	mgr.

co się dość zgadza z wartościami otrzymanemi metodą Köttstorfera.

Inne metody polegają na rozpuszczalności tłuszczów w eterze. I tak Husson (*Comp. rend.* 85, 715) każe 10 części masła badanego rozpuścić w 100 częściach mieszaniny, z równych części alkocholu i eteru, i do 18°C. oziębić. Po 24 godzinach wydzieli się tłuszcz, (w maśle czystém złożony ze saméj tylko margaryny), który zbiera się na sączku, suszy i waży. Dla masła czystego nie powinien on więcéj wynosić nad 40%, a nie mniéj nad 35%. Jeżeli wynosi więcéj 40%, autor wnioskuje o zfałszowaniu łojem baranim, wołowym lub sadłem wieprzowém, jeżeli mniéj nad 35% o domieszaniu sztucznego masła lub masła gęsiego.

Podobną metodę podaje także Filsinger (*Pharm. Centralhalle*, 19, 160).

Jako sposób wstępny do przekonania sie, czy masło jest zafalszowane, czyli téż czyste, każe Hager (*ibidem* 18, 413) rozpuścić masło w cieple i po odstaniu się czystego tłuszczu zanurzyć w niego knoty, zapalić i po 2 minutach zagasić. Masło sztuczne wydaje, po zagaszeniu knota, woń niemiłą zdmuchniętéj łojówki, podczas gdy masło dobre daje czuć tylko zapach przysmażonego silnie masła. Drugi sposób polegający także na zmyśle powonienia, jest następujący: Mieszaninę z 1 części masła oczyszczonego z kaseinu, i 2 części mięszaniny kwasu siarkowego zgęszczonego z 95% wyskokiem (w stosunku 1:2) ogrzewa się w pucharku lub w probierce do wrzenia. Masło naturalne wydaje wtedy woń eteru masłowego, masło zaś sztuczne, woń przypominającą stary łój.

W końcu wspomnieć mi jeszcze wypada o drobnowidowém badaniu masła, które z kilku stron w ostatnich czasach zalecają. Masło naturalne, czyste, nietopione, nie ma zawierać żadnych kryształków, złożone jest tylko z drobnych okrągłych kulek tłuszczowych. Tłuszcze już raz stopione

wykazują pod mikroskopem drobne kryształki. Otóż na téj podstawie można rozpoznać łatwo domieszkę obcych tłuszczów w maśle, ale nietopioném. Przeciw tym metodom, dozwalającym zresztą orzekać tylko o zfałszowaniu nietopionego masła, wystąpił Hasall i wykazał, że jakkolwiek w świeżém maśle nie napotyka się kryształków, to przecież znajduje się je dość często w maśle, które dłużéj stało, a nie rzadko téż w śmietanie i to w znaczniejszéj ilości.

Po przytoczeniu i opisaniu metod, najwięcéj dotąd w użyciu będących, wypada nam się jeszcze zastanowić nad wartością każdéj z osobna i praktycznością wszystkich razem. Co się tyczy przedewszystkiém metody Hehnera, to ta ma dwie główne wady. Po pierwsze wymaga dość dużo czasu (kilkakrotnego ważenia) a przytém niemałéj już wprawy w robotach chemicznych; po drugie odłączenie kwasów tłuszczowych lotnych od nierozpuszczalnych, na sączku zebranych, jest bardzo trudném i prawie nigdy nie da się dokładnie wykonać, przez co oznaczenie kwasów tłuszczowych połączone jest z błędem, niekiedy dość znacznym.

Druga wada, jakkolwiek nieco w mniejszym stopniu, wspólną jest także metodzie Koettstorfera i Reicherta (o metodzie Heintza nikt jeszcze nie ogłosił krytycznych doświadczeń). Za to metody te posiadają zaletę szybkiego i łatwego wykonania. Metodą Koetstorfera można w ciągu $^1/_2$ do 1 godziny zbadać dwie próby masła.

O innych metodach, jako niemających żadnéj ścisłéj wartości (metoda Perlciusa polega na tych samych zasadach co trzy poprzednie), nic się nie da bliższego powiedzieć. Można je tylko użyć do przedwstępnych badań. Co się tyczy praktycznéj wartości wszystkich powyższych metod, to rzecz przedstawia się jak następuje:

Dozwalają one, jak to z wyżéj przytoczonych rozbiorów wynika, wykryć domieszkę 10, a nawet 5, procent tłuszczu, czy to zwierzęcego, czy to roślinnego, ale tylko w tym razie, jeżeli znamy zawartość kwasów tłuszczowych nierozpuszczalnych (resp. lotnych) w maśle, do którego domieszano w celu zfałszowania obce tłuszcze. Ponieważ jednak to jest zwykle niemożebném, a zatém i metody nie są tak dokładnemi, jak się to wydaje na pierwszy rzut oka. Ilość kwasów tłuszczowych nierozpuszczalnych i lotnych w maśle jest dość zmienną. Zdaje się ona zależeć od paszy, od rasy krów, od klimatu itd. Zwykle wacha ona dla kwasów nierozpuszczalnych między 85,4 a 89,9 procent, czyli średnia wynosi 87,5%. Z tego więc wypada, że do masła, które zawiera

85,4% kw. tł. nierozp. można dom. 56,2% tł. nim dosięg. 89,9%
85,4% „ „ „ „ „ 26,2% „ „ „ 87,5%
87,5% „ „ „ „ „ 30,0% „ „ „ 89,9%

podobnie do masła, które według metody Koetstorfera potrzebuje do zmydlenia

221,5mgr. KOH moż. dod. 36,4% tł., nim dosięg. 233,0mgr. KOH
221,5mgr. „ „ „ 19,0% „ „ „ 227,5mgr. „
227,5mgr. „ „ „ 17,4% „ „ „ 233,0mgr. „

Granice bowiem dla metody Koettstorfera są od 221,5 do 230,0 mgr. KOH., czyli średnia oblicza się na 227,5, jak to wypada z rozbiorów powyżéj przytoczonych.

Tak samo ma się rzecz z metodą Reicherta. Granica leży tutaj od 12,5 do 14,95. Średnia oblicza się na 14,00. A więc do próby masła, któréj destylat potrzebował do zobojętnienia.

14,95cm.p. $^1/_{10}$ norm. NaOH moż. dod. 18,0% tł. nim dosięg. 12,5
14,95cm.p „ „ „ „ „ 7,0% „ „ „ 14,0
14.00cm.p. „ „ „ „ „ 11,0% „ „ „ 12,5

To jest słabą stroną wszystkich dotychczasowych metod. Być może, że przez równoczesne oznaczenie kwasów tłuszczowych nierozpuszczalnych i lotnych, jak to Perleius czyni, lub przez oznaczenie równoczesne metodą Hehnera i Koettstorfera lub Reicherta, osiągnęłoby się świetniejsze wyniki. Na teraz jednak trudno jest wykluczyć domieszkę 20 do 25 do 30 procent obcego tłuszczu.

Zważywszy jednakowoż że ludzie fałszujący masło nie zadawalniają się zwykle małym zyskiem, lecz chcą, o ile się tylko da, wyzyskać nadarzoną sposobność, więc téż nie będą dodawać tłuszczu w $^1/_{10}$ lub nawet $^1/_4$ części do masła lecz co najmniéj będą mieszać pół na pół. Zfałszowanie takie już na pewne wykryć można i nadal tym sposobem zapobiedz tak rozpowszechnionemu fałszerstwu.

Wiadomości pomniejsze.

(A. K.) Dr. Sawayer **leczy napady astmatyczne** wdychiwaniami dymu powstającego przy spaleniu następującego proszku: Rp. *Kali nitrici, Pulv. anisi fructus āā 15,0, Fol. stramonii 35.0.* Proszek ten wysypuje się stożkowato na talerz umieszczony blizko łóżka chorego i zapala się od szczytu stożka. (*The Brit. med. Journ.* 1881 Maj).

(A. K.) **Zapobieganie tworzeniu się dziubów poospowych** udaje się w zupełności Drowi Courtenay Henderson, który w tym celu nakłada na twarz chorego maskę z grubéj tkaniny, zwilżaną w ciągu dnia 6—8 razy w mięszaninie oleju skalnego z olejkiem rozdrębu (*eucalyptus*); po kilku już dniach strupy odpadają, pozostawiając czerwone, do wyprysku podobne plamki, bez śladu jakiegokolwiek ubytu. Autor utrzymuje, że od czasu stósowania tego środka, nie było przypadku, ażeby który chory opuścił z dziubami londyńskie Sanatorium św. Pankracego, gdzie Dr. C. H. jest lekarzem ordynującym. (*The Brit. med. Journ.* 1881 Czerwiec).

(A. K.) **Przeniesienie gruźlicy za pośrednictwem mleka**, pochodzącego od krowy choréj na perlicę spostrzegał prof. Demme u dziecka, które wyróżniało się dobrym rozwojem i pochodziło od zupełnie zdrowych rodziców. Zaraz po połogu dziecko to ważyło 3250 grm.; a z końcem 5go miesiąca 6550 grm. Po upływie 5 miesięcy życia dziecko odstawiono od piersi, i poczęto karmić mlekiem krowiém nieco ogrzaném, przez całych 14 miesięcy krowie dawano tylko siano. W ciągu jednego miesiąca wszystko szło pomyślnie, lecz późniéj spostrzeżono wychudnienie dziecka, które poczęło tracić apetyt i często ulegało rozwolnieniu; po 6 tygodniach tego sztucznego karmienia dziecko ważyło tylko 5450 grm. i zostało oddane do kliniki prof. Demmego; tu usiłowano poprawić odżywienie wszelkiemi sposobami dyjetetycznemi i leczniczemi, lecz dziecko ciągle chudło i ciężar jego ciała spadł do 3800 grm. a w końcu nastąpiła śmierć. Oględziny pośmiertne wykazały ogólną gruźlicę, szczególnie jelit i gruczołów poza otrzewnowych; wkrótce potem zginęła krowa, któréj mlekiem odżywiano dziecko, a sekcyja wykazała w obu płucach rozsiane nacieki, złożone z sieci, w okach któréj leżały olbrzymie wielojądrowe komórki, obok mniejszych krągłych komórek. (*Arch. d. Kinderheilk.* 1881. tom II).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Walne zebranie sekcyi lekarskiéj Tow. Przyj. Nauk Poznańskiego.

z dnia 23 czerwca 1881 r.

Stosownie do zapowiedzianego porządku dziennego zwiedzili koledzy przed południem zakład Siostr Miłosierdzia, gdzie

kol. Kaczorowski przedstawił kilka nader interesujących przypadków neuropatologicznych. Następnie zwiedzili koledzy nowowybudowaną klinikę kol. Wicherkiewicza.

Kol. W. pokazał zwiedzającym kilka przypadków zaćmy niedawno operowanych i to sposobem kresowym odmiennym Graefego; jeden przypadek wyjęcia zaćmy w zamkniętéj torebce, kilka operacyj sztucznéj źrenicy, a nadto rzadsze przypadki z dziedziny patologii oka. Poczém nastąpiły operacyje.

1. Operacyja zawinięcia powieki dolnéj u kobiety 60-letniéj, którą W. sposobem Hotza operuje. Rękoczynu tego używa W. od czasu, kiedy Hotz w Chicago przed rokiem ogłosił swoją metodę. We wszystkich dość licznych w klinice operowanych przypadkach zawsze prawie zadowalniający i szczęśliwy był wynik.

2. U chłopca R., 9 lat mającego, wykonał W. operacyję zaćmy płaskiéj błoniastéj, wrodzonéj. Przed kilku dniami chłopiec ten przyjęty do kliniki rozpoznawał zaledwo palce bezpośrednio. Soczewki były spłaszczone tak dalece, że zdawały się tworzyć błonę w rozmaitych miejscach rozmaitéj grubości przytém stwierdzono wachania gałek poziome i wirujące a nadto nieregularne poruszenia całéj głowy.

Dwa dni przedtém wykonał kol. W. operacyję na prawém oku w ten sposób, że wprowadził maleńki nożyk w kształcie sierpu *(Sichelmesser)* pomiędzy środkiem a brzegiem rogówki do przedniéj komórki, a następnie rozciął nim twardą nader błonę źreniczną. Skutek był dobry, bo chory rozpoznawał palce na 5 do 6 stóp.

W dniu dzisiejszym operował W. w obec kolegów lewe oko tym samym sposobem z tą tylko różnicą, że zamiast jednego cięcia w błonie, zrobił dwa cięcia i to na dole i wewnątrz źrenicy, którą poprzednio atropiną rozszerzył.

Rękoczyn ten i na lewém oku również korzystny odniósł skutek.

Następnie przypatrywali się koledzy zabarwieniom bielm rogówek.

Pozostałym jeszcze kolegom pokazywał i objaśniał kol. W. ważniejsze przypadki polikliniczne.

Walne Zebranie po południu zagaił powołany przez aklamacyją Kol. Rydygier z Chełmna i wezwał sekretarza do odczytania sprawozdania z ostatniego walnego zebrania. Co gdy się stało wspomina przewodniczący w kilku serdecznych słowach o śmierci Dra Żurawskiego z Mosiny. Zebrani ku uczczeniu pamięci zmarłego kolegi powstali z miejsc swoich.

Następnie mówi kol. Rydygier o raku odźwiernika i odpowiednie przedkłada preparata patologiczne. (Interesujący wykład ten umieści obszernie w Przeglądzie Lekarskim).

Poczém przedstawił kol. Grodzki pacyjentkę z *carcinoma hepatis.*

Kol. Kaczorowski odczytał następnie obszerną swą pracę o przyczynowym związku chorych dziąseł z rozmaitemi cierpieniami ustroju ludzkiego. I ta praca umieszczoną będzie *in extenso* w Przeglądzie. Po odczytaniu pracy téj wywiązała się dyskusyja, w któréj zabierali głos kol. Szulc i Wicherkiewicz. Ostatni mówił mniéj więcéj w ten sposób: (C. d. n.)

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak.

Posiedzenie III dnia 5go maja 1881 r.

Przewodniczący: Dr. Ściborowski. Członków obecnych 11.

(Dokończenie. Patrz Nr. 29).

Co do liczby kąpiel wydanych, na pierwszém miejscu, podobnie jak w roku zeszłym, umieścić musimy Krynicę, gdzie wydano ogółem 43.345 kąpiel, o 4.687 więcéj niż w roku poprzednim, (Truskawiec z liczbą 16.843 kąpiel), Żegiestów z 8.741 kąp., w Szczawnicy wydano 7.952 i t. d.

Wody mineralnéj najwięcéj, jak zwykle, rozesłano ze Szczawnicy, gdyż 110.800 flaszek, t. j. prawie tyle, co w roku poprzednim. Z Żegiestowa 60.000 flaszek, z Krynicy 46.677 itd.

Lekarzy zajmujących się praktyką lekarską najwięcéj, gdyż 8 było w Szczawnicy, mało co mniéj bo 7 w Krynicy, 3 w Żegiestowie, 2 w Konopkówce, po 1 w innych zakładach z wyjątkiem Krościenka, gdzie rady lekarskiej udzielali chorym lekarze z pobliskiéj Szczawnicy. Apteki znajdują się z 10 wymienionych zdrojowisk w 7. Liczba domów i pokoi przeznaczonych na przyjęcie gości w porze zdrojowéj do zakładu przybywających, prawie we wszystkich zakładach z roku na rok wzrasta, również liczba restauracyj, których najwięcéj było w Szczawnicy gdyż 11, 6 w Krynicy, 3 w Jaworzu, po 2 w Żegiestowie i Konopkówce itd.

We wszystkich dobrze urządzonych zakładach zdrojowych i klimatycznych za granicą znajdują się osobne budynki noszące niewłaściwą nazwę „*Kursalon*“, służące za miejsce zebrania i rozrywki dla gości zdrojowych. W naszych zakładach krajowych, o ile Komisyi wiadomo, prócz Żegiestowa, nie było dotych czas tego rodzaju zakładów, które możnaby nazwać domami gościnnemi; zastępowały je zwykle budynki restauracyjne, nieraz ciasne i niedogodne. Odpowiedni tego rodzaju zakład, mieszczący prócz restauracyi, piekarni, cukierni i kawiarni, salę balową, salę do przedstawień teatralnych, osobne pokoje do czytania, do rozmowy, do gry w bilard, pokój z fortepianem, gabinet dla dam oraz zakład fotograficzny, będzie mieć wkrótce Szczawnica, — budowę już rozpoczęto.

Sprawozdawca ograniczył się do krótkich uwag z powodu nader skąpego materyjału nadesłanego, który musi stanowić podstawę ogólnego poglądu na stan naszych zakładów zdrojowych i leczniczych w ogóle.

4) Dr. Lutostański miał wykład, w którym przedstawił ogólny pogląd na wodę gruntową i jéj stosunki w najbliższéj okolicy Krakowa, mówił o zbiornikach wody gruntowéj i wskazał obręby wodne z dogodnemi stosunkami osączania. Dalej mówił o ilości wody gruntowéj w okolicach Krakowa, tudzież o chyżości przypływu podziemnych strumieni; poczém przedstawił pogląd ogólny na geotektonikę warstw powierzchownych na podstawie badań 100 studzien we wsiach okolicznych po lewym brzegu Wisły rozłożonych. Szczegółowo zastanawiał się prelegent nad obrębem wodnym Zalasa, Sanki i Baczyna, opisując okolice te pod względem hydrograficznym, tudzież jéj wody co do chemicznego składu. Następnie zastanowił się obszerniéj nad małemi morskiemi okami w Budzyniu i obrębie Cholerzyna. Opisywał daléj stosunki wody gruntowéj w dolinie Wisły i studnie w cegielniach między Przegorzałami i Zwierzyńcem położone; zakończył uwagami o zdrojach krakowskich pod rogatką łobzowską.

Na zasadzie 25 rozbiorów chemicznych prelegent podawał ciepłotę różnych wód, główne cechujące je składniki, tudzież zanieczyszczenia studzien w najbliższéj okolicy Krakowa, objaśniając ich powstanie.

Mówiąc o studniach podawał ich głębokość, t. j. odległość warstwy nieprzepuszczalnéj od powierzchni ziemi, tudzież odległość zwierciadła wody od powierzchni nieprzepuszczalnéj. Stosunki geotektoniczne objaśniał na przedstawionéj wielkiej karcie hydrograficznéj okolic Krakowa.

Z uwag prelegenta dowiedziano się, iż zanieczyszczenie niektórych studzien miejskich dochodzi do możliwych granic. Zajmujący ten wykład, będący ustępem z obszernéj rozprawy p. t. „Wodociągi krakowskie“ mającéj być w całości zamieszczoną w Pamiętniku Tow. lek. warszawskiego, (autor bowiem za swą pracę w styczniu r. b. otrzymał od Tow. lek. warsz. nagrodę), świadczący o niezmordowanéj pracy prelegenta w tym kierunku, znajomości rzeczy i bystrym poglądzie na stosunki hydrologiczne, zaciekawił obecnych członków, na których życzenie prelegent przyobiecał przedstawić ogólny rzut oka na stosunki hydrograficzne okolicy Krakowa.

W rozprawie nad tym przedmiotem zawiązanéj, zabierali głos, Przewodniczący, prof. Czerny i prof. Olszewski. *Dr. Ponikło.*

V. Wycieczka uczestników IIIgo Zjazdu lekarzy i przyrodników do Krynicy, Żegiestowa i Szczawnicy.

(Dokończenie. Patrz Nr. 33).

U wejścia w granice zdrojowiska Szczawnicy, po pod łukiem bramy tryjumfalnéj, powitał prezes Majer krótką przemową orszak przybyłych. Otoczeni z obu stron tłumem gości kąpielowych, udaliśmy się do górnego zakładu, gdzie nas

oczekiwała suta wieczerza. Mimo znużenia trzechdniową podróżą wielu z uczestników wycieczki bawiło jeszcze długo na sali balowéj, jużto podziwiając nasze Polki, słynne z wdzięków, jużtéż szukając rozrywki i wypoczynku w wesołych pląsach.

Dnia następnego pod przewodnictwem prezesa Majera, Dra Szlachtowskiego i Drów Trembeckiego i Ściborowskiego, zwiedzaliśmy urządzenia zakładu. Zdrój Józefiny i Stefana dwie, bardzo składem zbliżone, szczawy alkaliczne, pomieszczone są w gustownym budynku na wyniosłém miejscu górnego zakładu. Urządzenie ich nic do życzenia nie pozostawia. Wszędzie panująca czystość i porządek miłe sprawiają wrażenie. Woda zbierająca się w szklannym rezerwoarze, za pokręceniem kurków rozpływa się kilkoma rurami, i nie tracąc gazu od razu może być nalaną do podanéj szklanki. W obszernym pokoju mieszczą się przyrządy do przygotowywania kumysu i żentycy. — Najsilniejszy zdrój Magdaleny niestety jest zbyt skąpy i często nie wystarcza na potrzeby chorych. Nieobfitość źródła jest zapewne powodem, że zdrój ten nie urządzono jeszcze na sposób Józefiny i Stefana, i że czerpanie wody ze studni odbywa się jeszcze za pomocą konewki. Zdrój Waleryi, zbliżony jest składem do Magdaleny, i stoi pośrodku między nią a źródłem Stefana i Józefiny. — W dolnym zakładzie, Miodziusiem zwanym, zostającym pod kierunkiem obecnego posiadacza pana Tomanka, znajdują się dwa źródła. Źródło Szymona, bardzo słaba szczawa alkaliczna, zawierająca trochę żelaza, używa się głównie do kąpieli. Źródło Wandy wytryska u podnóża góry Bryjarki.—Łazienki pomieszczone w dole, nad brzegiem górskiego strumyka, bardzo wiele do życzenia pozostawiają. Zarząd, który dotąd tak wielką energię rozwijał w ulepszeniu zakładu, w usunięciu wszystkich niedostatków, zapewne niedługo pomyśli i o wybudowaniu nowych łazienek, urządzonych odpowiednio wszystkim obecnym wymaganiom. W bieżącym sezonie Zarząd wszedł w układ z Drem Dzikowskim, aby ten objął kierunek zakładu wodoleczniczego. Szkoda wielka, że układy te się rozchwiały. Miejmy nadzieję, że w przyszłym sezonie lekarze będą mogli już chorych wysełać do Szczawnicy, z poleceniem leczenia zimną wodą. Utrzymanie obszernego i ładnego parku na Miodziusiu, jakotéż spacerów koło źródeł w Górnym zakładzie, nic do życzenia nie pozostawia. Zarząd rozpoczął budowę domu zdrojowego *(kurhaus)*. Brak jego dawał się już uczuwać. Co do mieszkań, to urządzenie ich nie przedstawia tyle komfortu, jak miejsc kąpielowych zagranicznych, a nawet Krynicy, ale na razie może gość znaleść najpotrzebniejsze sprzęty. Bardzoby się jednak przydały w wielu mieszkaniach piece. W początkach sezonu, jakotéż ku końcowi lata, szczególniéj po słotnych dniach, ranki i wieczory bywają tutaj, jak wszędzie w górskim klimacie, chłodne a niekiedy nawet zimne.—Zarząd powinien z czasem postarać się o usunięcie cmentarza, który nie powinien nigdy znajdować się w środku zakładu, lecz w pewnéj od niego odległości. Obecne jego położenie na granicy górnego i dolnego zakładu, pośród domów mieszkalnych, powstało może skutkiem nagłego wzrostu obu zakładów. Jest ono jednak bardzo niestósownêm, tak pod względem higijeny jak i ze względów estetycznych. Zarząd Szczawnicy, który czuje wszystkie braki i bynajmniéj nie ukrywa ich, jak to czynią niektóre polskie zakłady zdrojowe, lecz stara się o jak najspieszniejsze usunięcie ich, zaprosił wszystkich uczestników wycieczki, jako rzeczoznawców, na naradę nad niedostatkami zakładu i nad sposobami zapobieżenia im. Jakkolwiek narada taką nie mogła przynieść w każdym względzie zadawalniających wyników, bo większa część lekarzy po raz pierwszy widziała Szczawnicę, a przez tak krótki czas swego pobytu, nie mogła dość zebrać doświadczenia i nad wszystkiém się dokładnie zastanowić, to przecież zainteresowała ogół lekarski, przyczyniała się do wymiany zdań i wyda bez wątpienia pożądane owoce. Naradzie przewodniczył prezes Majer. Dr. Sokołowski podnosił sprawy czystości. Zwracał uwagę na wózki, które wzbijają w powietrze tumany kurzu, działającego bardzo szkodliwie na narząd oddechowy osób chorych. Dr. Suligowski zabrał głos w sprawie polepszenia komunikacyi i urządzenia stósownych, wymogom higijenicznym odpowiednich wychodków. Wielu lekarzy wypowiedziało swe zdanie, co do urządzenia żentyczarni i kontroli nad nią. Dr. Lutostański żądał nowego rozbioru wody ze wszystkich źródeł, jakotéż urządzenia stacyi meteorologicznéj. Bielański podnosił kwestyję zalesienia wzgórz otaczających Szczawnicę. Jeden z obecnych lekarzy zabierał jeszcze głos, podnosząc potrzebę urządzenia odpowiedniéj wziewni dla chorych z chorobami narządu oddechowego. Dr. Lutostański mówił o potrzebie mleczarni i postaraniu się o zaopatrzenie zakładu w mleko, dające się użyć w celach leczniczych. Zakończył, podnosząc, że Zarząd widzi te wszystkie niedostatki, tak dobrze jak wszyscy obecni, że Zarząd ile mu sił starczy zwalcza je i usuwa, lecz ma do walczenia z wielu bardzo trudnościami, które można tylko zwolna pokonać. Pokonanie ich może bardzo ułatwić Zarządowi poparcie przez Towarzystwa lekarskie. Stawia więc wniosek, aby wybrano delegowanych, którzyby sprawę tę poruszyli w Towarzystwach lekarskich, i referaty obrad nad tym przedmiotem nadesłali do Akademii Umiejętności, jako właścicielki Szczawnicy. Dr. Malcz stawia wniosek, aby każdy z lekarzy napisał, to co uważa za potrzebne jeszcze do zrobienia w Szczawnicy, i zdanie swoje na piśmie nadesłał do Akademii. Wniosek ten przyjęto po krótkiéj dyskusyi. Na têm obrady zakończono.

Przy obiedzie panowało bardzo wesołe usposobienie. Każdy otoczony najbliższemi kolegami czuł się jakby w domu wśród rodziny. I na toastach nie zbywało. Rozpoczął je prezes Majer, pijąc zdrowie marszalka Dra Zyblikiewicza i hr. Badeniego, delegata drogowego, członka Wydziału krajowego. Dr. Szlachtowski imieniem Zarządu Szczawnicy dziękował lekarzom i przyrodnikom za przybycie do zdrojowiska. Hr. Męciński w ładnéj przemowie wniósł toast na cześć Czechów. Marszałek Dr. Zyblikiewicz, dziękując za zdrowie wniesione na jego cześć i członka wydziału krajowego hr. Badeniego, wychylił kielich za pomyślność rozwoju Szczawnicy i za zdrowie zarządu w ręce prezesa Majera i Dra Szlachtowskiego. Deputowany Tonner dziękując imieniem Czechów wzniósł toast na pomyślność braci Polaków. Hr. Badeni wzniósł zdrowie posła do parlamentu niemieckiego Kantaka. P. Kantak dziękując, przemówił bardzo ładnie i poruszył do łez wielu słuchaczy. Dr. Ściborowski zamknął ucztę tradycyjonalnêm „kochajmy się.“

Reszta dnia zeszła na zabawie na Miodziusiu, na koncercie skrzypka p. Friemanna, na ogniach sztucznych, puszczanych ze wzgórza „Bryjarką“ zwanego.

Dzień następny był dniem smutnym rozłączenia i pożegnania. Po śniadaniu prezes Majer wzruszony przemówił w serdecznych słowach, dziękując za przybycie do Szczawnicy i żegnając gości. Pożegnanie to nie miało wcale cechy etykietalnéj urzędowego, wymuszonego pożegnania, lecz

było to pożegnanie szczere, z serca płynące, pożegnanie jakby przyjaciół z przyjaciółmi, członków jednéj kochającéj się rodziny. Większa część lekarzy i przyrodników udała się do Zakopanego, aby korzystając ze sposobności zwiedzić Tatry i napawać się dzikiemi, uroczemi widokami naszych polskich Alp. Prezes Majer i Dr. Szlachtowski, odprowadzili gości aż do Krościenka.

Na tém zakończyła się wycieczka uczestników IIIgo Zjazdu lekarzy i przyrodników. Ma ona doniosłe znaczenie, bo oddała niejako w opiekę zdrojowiska galicyjskie lekarzom całéj Polski. Zdrojowiska te stały się teraz niejako własnością całego narodu, a jako własność taka mogą się spodziewać poparcia od wszystkich lekarzy, wszystkich dzielnic Polski. Podziękować więc należy inicyjatorom téj wycieczki, podziękować należy przedewszystkiém Zarządowi Szczawnicy, który pierwszy podjął myśl zaproszenia lekarzy jakoteż Dyrekcyi domen rządowych i Zarządowi Krynicy, właścicielowi Żegiestowa panu Medweckiemu, którzy nie szczędzili trudów i kosztów na podjęcie tak znacznéj liczby gości. — W końcu należy podziękować także organizatorowi i przywódcy téj wycieczki Drowi Lutostańskiemu. Uczestnicy wycieczki oceniając trudy i poświęcanie, jakie Dr. Lutostański w czasie całéj wycieczki okazywał, postanowili mu wręczyć na pamiątkę ozdobne album ze swojemi fotografijami.

Dr. Lambda.

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 17 sierpnia. N. Pan postanowieniem z d. 1 bm. zamianował nadzwyczajnego profesora Dra Leona Blumenstoka zwyczajnym profesorem medycyny sądowéj i rządowéj w Uniwersytecie Jagiellońskim.

Podając tę pomyślną wiadomość czytelnikom Przeglądu o nominacyi naszego głównego redaktora nadmienić musimy, że o mianowaniu prof. Blumenstoka na katedrę opróżnioną przez śmierć śp. prof. Janikowskiego, nikt z obeznanych z stosunkami naszemi wątpić nie mógł, a wszyscy tego pragnęli. Znana w szerszym świecie specyjalna wiedza prof. Blumenstoka, jego dar słowa, pracowitość umysłowa, a wreszcie świetnie wykonywany przez lat wiele zawód nauczycielski, tak silnie przemawiały za tą nominacyją, że prof. Blumenstok nie mógł mieć współzawodników i otrzymał to, co mu się sprawiedliwie należało.

* *Wracz* podaje sprawozdanie z III Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie pióra Dra Wolberga. Przedstawienie rzeczy prawdziwe i bezstronne, zgodne z godnością tego poważnego organu.

* Podług otrzymanych wiadomości do dnia 12 sierpnia przybyło do Cieplic czeskich gości kąpielowych 8,661; w Luhaczowicach do d. 4 bm. było osób 963.

* **Karlsbad.** Do d. 13 bm. przybyło gości kąpielowych 22,285, o 16 osób więcéj aniżeli w roku przeszłym. Piękne po godne dnie przeważały; w ostatnich dwóch dniach tygodnia spadły deszcze. Temperatura wahała się między 14° i 22°R. w cieniu.

* **Krynica.** 8 sierpnia. Do dnia dzisiejszego bawiło w zakładzie gości kąpielowych osób 2624.

* **Petersburg.** Departament ogłasza następujące liczby statystyczne: w roku bieżącym liczy Rosyja wraz z Królestwem Polskiém lekarzy 13,869, weterynarzy 1,685, dentystów 381. Liczba aptek jest również pokaźną, mianowicie 1934, w téj liczbie 7 homeopatycznych.

* **Zurych.** Liczba kobiet uczęszczających na kursa lekarskie w Szwajcaryi z każdym rokiem zmniejsza się. W półroczu zimowém 1879/80 było ich 55 (10,8% wszystkich uczniów medycyny); w półroczu letniém 1880 już tylko 44 (8,4%), w zimowém 1880/1 40 (7.6%), w letniém 1881 — 36 (7,2%).

* **Londyn.** Kongres międzynarodowy lekarzy imponuje nie tylko napływem niepraktykowanym znakomitości lekarskich, ale i przepychem zewnętrznym zaćmi poprzednie Zjazdy. Reprezentacyja City przeznaczyła na jednę kolacyję 22,500 złr.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie lekarskiéj* Nr. 33 Dra Funka: Kilka słów o *impetigo herpetiformis gravidarum.* Dra Maresza: Sporysz z siarczanem potasu przeciwko guzom mlecznym i zapaleniom pokarmowym sutek. Dra Reichmana: Nowe poszukiwania nad sztuczném trawieniem. — W *Medycynie* Nr. 33 Dra Nowodworskiego: W sprawie mechanizmu postrzałowych ran kości. Dra Sokołowskiego: Spostrzeżenia kazuistyczne ze szpitala św. Ducha w Warszawie.

Redakcyja otrzymała:

Dr. WARSCHAUER: Beschreibung eines Theiles der Scharlachepidemie, die zu Krakau in den Monaten Mai bis September 1880 geherscht hat.

Piśmiennictwo lekarskie. SEYDEL G. Die Harnbeschwerden, ihre Ursachen u. Wirkungen., sowie ihre Behandlung. 4 Aufl. neu bearb. v. J. Edm. Güntz. gr. 8. Leipzig, Arnold. M. 2.

TERRILLON. Traitement de la syphilis. 8 Paris, Doin. Fr. 1. —Traitement de la métrite parenchymateuse. 8 Paris, Doin. Fr. 1.

TOLDT C. Die Entwickelung u. Ausbildung der Drüsen d Magens. Mit 3 Tfln. Lex.-8. Wien, Gerold. M. 2. 60.

UNMAN G. A. Die schwedische Heilgymnastik. ihre physiologisch-patholog. Grundlage u. therapeut. Bedeutg. gr. 8. Hamburg, Kriebel. M. 1. 50.

UNTERSUCHUNGEN aus dem physiologischen Institute der Universitat Heidelberg. Hrsg. v. W. Kühne. 3. Bd. 3 u. 4 Hft. gr. 8. Heidelberg, C. Winter. M. 8. 20.

VERCOUTRE A. La Médecine publique dans l'antiquité grecque. 8. Paris, Didier Fr. 5.

VULPIAN A. Leçons sur l'action physiol. des substances toxiques et médicamenteuses. T. I, fasc. 1. Paris, Doin. Fr. 8.

— Maladies du système nerveux. 2. serie. livr. 1. Paris, Doin. Fr. 1.

WECKER L. de et J. MASSELON. Ophthalmoscopie clinique. Av. 40 photogr. 18. Paris, Doin. Fr. 11.

WERTHEIM G. Analytische Diagnostik der Krankheiten im Gebiete der Dermatologie u. Syphilodologie. gr. 8. Wien, Gerold's Sohn. M. 1. 40.

WUNDT W. Grundzüge der physiologischen Psychologie. 2. Aufl. Mit 180 Holzschn 2 Bde. gr. 8. Leipzig, Engelmann. M. 18.

BALFOUR F. M. Handbuch der vergleichenden Embryologie. 2 Ble. übers v. B. Vetter. 1 Bd. 2 Hälfte. M. Holzschn. gr. 8. 1 Bd. cpl. M. 15.

BENEKE F. W. Constitution u. constitutionelles Kranksein d. Menschen. Mit 12 Tfln. gr. 8. Marburg, Elwert's Verl. M. 4.50.

BERICHT der k. k. Krankenanstalt Rudolph-Stiftung in Wien vom J. 1879. M. 5 Tfln. u. 1 Tab. gr. 8. Wien, (Braumüller). M. 4.

BOUCHARD Ch. Ueber die Methode in der Therapeutik. Mit Bewillig. d. Verf. ins Deutsche übertr. v. Jul. Grosser. gr. 8. Berlin, Grosser M. 1.

FOSTER M. Lehrbuch der Physiologie. Autoris. deutsche Ausg. v. N. Kleinenberg. Mit e. Vorwort v. W. Kühne. Mit 72 Holzschn. gr. 8 Heidelberg. C. Winter. M. 16.

FOURNIER A. Syphilis u. Ehe. Vorlesungen. Deutsch v. P. Michelson. gr. 8. Berlin, Hirschwald M. 5.

FRACASTORO'S G. Syphilis od. gallische Krankheit. Mit deutscher Uebersetzg. v. Thdr. Lenz. gr. 8. Leipzig, O. Wigand. M. 0·75.

GALTIER V. Traité des maladies contagieuses et d. l. police sanitaire des animaux domestiques. 8. Lyon, Galtier. Fr. 18.

GEORGE H. Leçons élémentaires d'hygiène. 4. éd. 12. Paris, Delalain frères. Fr. 1¼.

GOUGUENHEIM. De la Laryngite syphilitique secondaire. Av. 1 pl. col. gr. 8 Paris, Masson. Fr. 2½.

GRÜNFELD J. Die Endoscopie d. Harnröhre u. Blase. Mit 3 Tfln. u. 22 Holzschn. gr. 8. Stuttgart, Enke M. 7.

GUISLAIN J. Leçons orales sur les phrénopathies ou Traité théorique et pratique des maladies mentales. Avec 54 fig. et 1 pl. 2. édition, publiée par Dr. B. C. Ingels. 2 vol. in 8. Paris, Baillière et fils. Fr. 22.

HAUFE P. Ueber Massage, ihr Wesen u. ihre therapeutische Bedeutung. 8. St. Blasien in Baden. (Frankfurt a. M, Alt.) M. 1. 50.

HECKER C. v. Beobachtungen u. Untersuchungen aus der Gebäranstalt zu München, umfassend den Zeitraum 1859—1879. Mit 4 Tfln. gr. 8. München, Rieger. M. 8.

W zastępstwie redaktora: **Dr. A. Kwaśnicki.**

Ponieważ ciągle nadchodzą zamówienia na Dziennik III Zjazdu Lekarzy i Przyrodników polskich, a nakład Nru 2 tegoż Dziennika jest już zupełnie wyczerpany, innych zaś

Nrów posiada Redakcyja także tylko nieznaczny zapas, przeto Wydział gospodarczy uchwalił wydać w m. październiku rb. drugie wydanie Dziennika III Zjazdu Lek. i przyr., jeżeli się znajdzie dostateczna liczba prenumeratorów.

Prenumerata na 2gie wydanie wynosi 2 złr. i przyjmuje ją po dzień 15 października rb. **Administracyja Przeglądu Lekarskiego**.

Zamówienia, które nadeszły po 26 lipca rb. nie mogły już być uwzględnione, zamawiających zanotowano więc jako prenumeratorów na drugie wydanie.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj póltora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Ulica Podwale Nr. 84.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Boulv. Voltaire 180, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 27 sierpnia 1881. № 35. Rok XX.

I. Urazowe (trauma) czy kiłowe zapalenie oka?

Rzecz miana na walném Zgromadzeniu sekcyi lek. Tow. Przyj. Nauk w Poznaniu dn. 23 czerwca 1881.

Przez Dra Wicherkiewicza.

Chęć wykazania jak ostrożnym wypada być w stawieniu różniczkowego rozpoznania choroby, tym bardziéj, że od rozpoznania zależy wybranie leczenia, niech mnie w obec Szanownych kolegów wytłumaczy, że ośmielę się na chwilę zająć ich uwagę przytoczeniem następującego przypadku.

Pan X. X, 26 lat mający, przybył do mnie 8 marca przeszlego roku z silném zapaleniem lewego oka, trwającém już podobno 5 dni. Objawy były mniéj więcéj następujące: Ścisk powiek, łzawienie, światłowstręt; spojówka gałki przekrwiona, mianowicie zaś na około rogówki, gdzie tworzy pierścień czerwony, znacznie przytém nabrzękła; tęczówka również przekrwiona, źrenica wązka, a w tęczówce u góry na zewnątrz spotrzega się coś przypominającego otwór, albo czarną plamę; w rogówce także na zewnątrz i ku górze maleńka poprzeczna plamka, w równéj wysokości z owym otworem w tęczówce. Ciecz przedniéj komórki zmętniała, dno oka, już to dla tego zmętnienia cieczy przedniéj komórki, już to dla nadzwyczajnego zwężenia źrenicy, nie jest dostrzegalne. Dotykanie gałki niezbyt bolesne, natomiast silny ból samoistny, pozbawiający chorego snu.

Wzrok tak dalece upośledzony, że chory tylko palce na 6 stóp rozpoznaje. Po rozszerzeniu źrenicy atropinem, można było rozeznać dokładnie na tylnéj torebce soczewki paskowate zaćmienie, biorące początek u góry na zewnątrz, w miejscu odpowiadającém przedziurawieniu tęczówki. Zaćmienie to posuwało się ku dołowi na wewnątrz i gubiło się niedostrzeżenie. Ciało szklanne przedstawia kilka mniejszych zaćmień. Nerw i siatkówka, prócz przekrwienia, nie zdradzały nic nieprawidłowego.

Że miałem do czynienia ze znaczném zajęciem tęczówki i ciała rzęskowego *(irido-cyclitis)*, za tém przemawiały niedwuznacznie objawy, dopiero co opisane. Ale w jakim stosunku do téj sprawy były znaki urazowe na rogówce, tęczówce i soczewce?

Otóż badając powód tego cierpienia, jakoteż choroby oka w ogóle i przechodząc anamnestycznie w badaniu tém dawniejsze cierpienia pacyjenta, dowiedziałem się, co przedewszystkiém ważném było dla ocenienia tego przypadku, że chory przed 15 laty strzelając, zranił sobie oko lewe odłamkiem kapsli. Odłamek ten prawdopodobnie utkwił w gałce i wywołał silne téjże zapalenie, które jednakże po kilkotygodniowych okładach, a może i innych używanych środkach, zupełnie miało ustąpić, tak iż wzrok stał się znowu prawidłowym.

Po tém przypomnieniu i po znakach na oku pozostałych, nic dziwnego, że przedewszystkiém nasunąć się musiała myśl, czy też przypuszczenie, że zapalenie w mowie będące wywołane było poruszeniem ze siedliska ciała obcego, które od lat 15 usadowiło się było gdzieś w gałce. Gdyby zaś tak być miało, czy nie mógłbym pomyśleć o wyłuszczeniu, témbardziéj, że i prawe oko nie było wolne od łzawienia, światłowstrętu i lekkiego przekrwienia spojówki?

Chcąc jednak zupełnie być pewnym siebie, starałem się szukać innych możliwych powodów cierpienia.

Zewnętrzne wejrzenie chorego, a mianowicie wątła i wszelkiego połysku pozbawiona skóra, nadto gruczoły nabrzmiałe prawie we wszystkich częściach ciala i lekkie łuszczenie się naskórka itd. nakazywały przypuszczeniom szersze otworzyć pole, przyczém dowiedziałem się, iż chory przed 8 laty *infectus ulcere duro*, podlegał ponownym kuracyjom, w skutek objawów kiły od czasu do czasu powtarzających się.

W obec doniosłości cierpienia, które odmiennéj, a jednak w następstwach bardzo ważnéj wymagałoby kuracyi, postanowiłem dni kilka zastosować taki sposób leczenia, którym mógł być zarazem wskazówką, jakiéj jedynie lub głównie przyczynie cierpienie przypisać należy.

Prócz atropinu i okładów z lodu zastosowałem wcierania maści jodoformowej w okolicę oka i zaleciłem jaknajspokojniejsze zachowanie się. Atoli zapalenie nietylko nie ustępowało, ale nawet przybierało coraz groźniejszą postać,

tak że ból stawał się nieznośnym, a źrenica mało co tylko rozszerzała się.

Zastósowałem więc wcierania maści szaréj z jodoformem na około oka, nadto robiono wcierania po 4 grm. dziennie szaruchy, wywoływano poty odwarem drewek przeciwkiłowych (*Spec. ad dec. lign.*), przystawiono 10 pijawek na skroni, dla uśmierzenia zaś bardzo silnych bólów rzęskowych, dostawał chory bądź to wstrzykiwania podskórne morfinu, bądź to chloral.

Już po upływie 3—4 dni, przy zastosowaniu powyższego sposobu leczenia, zapalenie widocznie zaczęło ustępować, a ból coraz więcéj się zmniejszał. Po 3 zaś tygodniach chory powrócił do zupełnego zdrowia, tylko wzrok oka lewego pozostał znacznie upośledzonym, wynosił bowiem tylko $^1/_6$ prawidłowego.

To upośledzenie wzroku dało się bardzo dobrze wytłumaczyć zaćmieniem tylnéj torebki soczewkowéj, spowodowaném draśnięciem ciała obcego. Przepisawszy choremu dłuższe używanie jodku potasowego i zimne wycierania, wypuściłem go z opieki.

Przez dłuższy czas cieszył się on najlepszém zdrowiem, a oka używał w zwykły dawniejszy sposób. Ufając jednakże zbyt wiele swemu zdrowiu, zaprzestał chory przestrzegać danych przepisów, a mianowicie rozstał się ze zimnemu wycieraniami, które miały go uchronić przed powrotném zapaleniem.

W końcu marca b. r. dostałem list z jednéj z odległych prowincyj, gdzie chory przyjął miejsce urzędnika gospodarczego, w którym mi donosił, że lewe oko w podobny sposób jak roku poprzedniego zapalone; przyczém pacyjent domagał się udzielenia mu listownie pomocy.

Niechcąc jednakże w oddaleniu podejmować się leczenia cierpienia, które zdawało się być groźniejszém jeszcze od zeszłorocznego, radziłem stanowczo, ażeby chory udał się do jednego z najbliższych miast uniwersyteckich, celem oddania się tamże kuracyi specyjalisty, jeżeliby podróży do Poznania groźna postać cierpienia stać miała na zawadzie.

Pacyjent idąc za tą radą, poddał się badaniu specyjalisty, który zbadawszy oko wraz z kilku obecnymi kolegami, uważał za najstosowniejsze wyłuszczenie gałki lewéj, celem wczesnego usunięcia niebezpieczeństwa sympatycznego zapalenia, jakiém prawe oko miało być zagrożone. Chory przestraszony jednakże po otrzymaniu takiego ultimatum, przybył do Poznania, gdzie dnia 2go kwietnia wziąłem go w moją kuracyję.

Na samym wstępie do kliniki zauważył on, że podług jego przekonania zapalenie to wywołać mógł tylko pył, na który oko przy młóceniu lokomobilą często było wystawione.

Oko w nieco może silniejszym stopniu, przedstawiało ten obraz zapalenia co przed rokiem. Z téj też to przyczyny powtarzaniem przytoczonych wyżéj objawów nużyć Was Panowie nie będę, dodam tylko, że tym razem nadto $^1/_6$ przedniéj komórki była zapełniona ropą.

Na samym wstępie, widząc chorego późno wieczorem, ograniczyłem się tylko pod względem terapii na włożeniu w oko maści atropinowéj i założeniu przepaski jednostronnéj, odkładając zastósowanie wszelkich innych środków do dnia następnego.

Dalszy zaś sposób leczenia musiał znowu być przeciwkiłowy, do czego skłaniało mnie przedewszystkiém doświadczenie przeszłoroczne, tym razem jeszcze potwierdzone objawami już wcale nie dwuznacznie przemawiającemi za kiłową naturą zapalenia.

Gdyż nietylko na twarzy, ale prawie na całém ciele widoczne były plamki różyczki (*roseola*), a na głowie i na wzgórku łonowym były jątrzące się wągry (*Acne syphilitica*). Na żołędzi zaś stwardnienie (*syphilis nodosa*) wielkości półgroszka, sprawiające choremu dolegliwości. Koncha prawego ucha czerwona i gruba, pozbawiona miejscami naskórka, który w innych miejsach, jakby oparzeniem lub odmrożeniem podniesiony, po odpadnięciu zostawia jątrzące się płaszczyzny, wśród których w tkance podskórnéj czuć kilka twardych guziczków (*syphilis nodosa*).

W obec takiego obrazu choroby przystąpiłem od razu, jak rzekłem, do leczenia sposobem przeciwkiłowym, który jednakże nie zupełnie równie prędki jak poprzednio miał skutek, co przypisać może należy większemu wycieńczeniu sił, spowodowanemu bardzo nużącém zajęciem, jakiemu się chory oddawał.

(Dokończenie nastąpi).

II. O kile w płucach ze stanowiska klinicznego.

Przez Dra A. Rosnera,
Prof. Uniwersytetu Jagiellońskiego.

(Wykład miany podczas Zjazdu III lekarzy polskich w sekcyi medycyny wewnętrznéj.)

(Dokończenie. Patrz Nr. 34).

Bardzo ciekawy pod tym względem przypadek pozwolę sobie opisać, który i z innych względów zasługuje na uwagę. Pan Y. dostał kiły pierwotnéj w lecie 1876, leczono go pigułkami z jodku rtęciowego. W kilka miesięcy późniéj wystąpiła kila ogólna w postaci guzków porozrzucanych, które znikły po dwumiesięczném używaniu rzeczonych pigułek. W roku 1877 odnowiła się kiła w postaci guzków i równocześnie wystąpiło zapalenie tęczówki, zmiany te ustąpiły po wcieraniach szaruchy i używaniu odwaru Zittmanna. Przez cały rok 1878 żalił się chory na bóle w kościach i stawach, mianowicie mniejszych u palców rąk i używał przeciw tym bólom jodku potasu i kąpieli parowych. W roku 1879 jądro lewe obrzękło i stwardniało znacznie, ale wróciło do prawidłowego stanu po 6-tygodniowém leczeniu jodkiem potasowym. We wrześniu 1880 dostał chory bardzo mocnego i męczącego kaszlu z wykrztusiną skąpą i z dusznością, która występowała przy nieco większym ruchu, mianowicie przy chodzeniu pod górę. Prof. Dr. Korczyński i Doc Dr. Pieniążek, którzy wówczas chorego badali, wykazali nieżyt oskrzeli bez gorączki. W kilka tygodni późniéj znalazł prof. Korczyński nasiek świeży w szczycie prawego płuca obok wyglądania kachektycznego i znacznego wychudnienia chorego. Zmiana ta w odżywieniu uderzyła kolegę Dra Korczyńskiego tém więcéj, że chory podczas tego kilkutygodniowego nieżytu w oskrzelach w c a l e n i e g o r ą c z k o w a ł. Zmian kiłowych nie dostrzegł prof. Korczyński, ani téż chory doświadczony i bardzo troskliwy o swoje zdrowie, nie zwrócił uwagi na jakąkolwiek zmianę. W drugiéj połowie października 1880 wyjechał chory na południe, i w pierwszych dniach pobytu swojego we Włoszech spostrzegł guz na karku a drugi na podudziu lewém, które lekarz przywolany uznał za kilowe i dla których chory wrócił do domu w celu poddania się leczeniu właściwemu. Prof. Korczyński widział chorego po powrocie z Włoch i znalazł go jeszcze gorzéj wyglądającego i wychudniętego aniżeli

przed wyjazdem. W drugiéj połowie listopada przedstawił mi się chory z następującemi zmianami: na karku i na podudziu lewém wrzód kiłowy wielkości talara głęboko sięgający, na tém samém podudziu guz wielkości jaja gołębiego elastyczny, bolesny przy dotknięciu. Mniejsze guzy kilakowe porozrzucane w tkance podskórnéj na odnogach górnych i dolnych; — na kości goleniowéj prawéj obrzęk powstały z zapalenia okostnéj, prawe jądro obrzękłe i twarde. Wszystkie te zmiany wystąpiły w ostatnich 4 tygodniach a więc po wyjeździe z Krakowa i po wystąpieniu nasięku w szczycie prawego płuca, który wykazał stłumienie wybitne tak z przodu jak z tyłu, wdech i wydech nieoznaczony, rzężenia średniobańkowe niedźwięczne, drganie głosu niezwiększone. W innych narządach nic nieprawidłowego, gorączki nie ma. Mając z dawniejszych przypadków zwróconą uwagę na nasięki w płucach u kiłowych, które wyprzedza zapalenie nieżytowe w oskrzelach połączone z dusznością, a które obok stłumienia wybitnego nie okazują oddechu oskrzelowego i rzężeń dźwięcznych, nie wątpiłem, po uwzględnieniu innych objawów w tym przypadku, ani na chwilę o tém, że nasięk w szczycie pochodzi bezpośrednio z zakażenia kiłowego i że z powodu braku duszności wygórowanéj, ustąpi w krótkim czasie po użyciu środków przeciwkiłowych. Wychudnienie znaczne i wyglądanie kachektyczne nie mogły być przeciwwskazaniem do polecenia tych środków dla tego, że nie zostawały zdaniem mojém w związku z nasiękiem szczytowym, ale pochodziły z zakażenia kilowego. Zaleciłem wcierania szaruchy, ale musiałem odstąpić od nich po oświadczeniu chorego, że mimo pory zimowéj w domu zostawać nie może. Przepisałem tedy jodek potasu z początku $1^1/_2$ a potem 2 grm. pro die. Już po 4 tygodniach polepszenie było widoczném. Chory przestał kaszleć mimo wychodzenia codziennie z domu i narażania się na przeziębienie, zaczął lepiéj wyglądać i lepiéj się odżywiać, siły i energija wróciły. W dniu 8 lutego w 9 tygodni po rozpoczętém leczeniu prof. Dr. Korczyński badał chorego i był tyle grzeczny, że udzielił mi wynik badania: „U pana Y. znalazłem w klatce piersiowéj po stronie prawéj w szczycie; z tyłu różnicy w odgłosie wypukowym; między obydwoma stronami prawie nie ma żadnéj, podczas gdy poprzednio była wyraźna. Wdech jest nieco słabszy, wydech nieco głośniejszy i przydłużony w porównaniu ze stroną lewą;“

„z przodu: Na obojczyku i w dołku nadobojczykowym prawym odgłos wypukowy mniéj jawny aniżeli po stronie lewéj, wdech również słabszy, wydech głośniejszy. Rzężeń żadnych nie słyszałem. Okolica podobojczykowa prawa nieco zapadła. Rozszerzalność klatki piersiowéj w szczycie prawym tak z przodu jak z tyłu lepsza aniżeli była poprzednio. Drżenie klatki piersiowéj i przewodnictwo głosu po prawéj stronie mocniejsze, jednakże w granicach fizyjologicznych; w ogóle znajduję wielką różnicę *a)* w rozszerzalności, *b)* w wyjawnieniu odgłosu wypukowego z tyłu w szczycie prawym, *c)* w odżywieniu ogólném wraz z barwą skóry znacznie lepszą.“ Ponieważ zmiany kiłowe na skórze bardzo powoli schodziły, a nasięk w płucu nie ustąpił w zupełności, nalegałem na wcierania szaruchy. Po 22 wcierkach (3 grm. pro die) zmiany na skórze, w jądrze i w kości ustąpiły, stłumienie zeszło zupełnie, przysłuch wykazał wdech pęcherzykowy, wydech słyszalny. Od końca marca nie używa chory żadnych środków i ma się zupełnie dobrze.

Drugi przypadek jest dla tego ciekawy, że kiła w płucach wystąpiła w czasie kiedy nie było w innych narządach nie tylko zmian świeżych, ale nawet śladów przebytéj kiły.

W lipcu 1877 prosił mnie kolega Dr. Szewczyk do chorego z Królestwa, który w przejeździe do Szczawnicy zatrzymał się na krótki czas w Krakowie. Kolega Dr. Szewczyk wezwany do chorego znalazł nasięk w lewém płucu i znaczne obrzmienie jądra prawego, które uważał za kiłowe i dla tego mnie do narady prosił. Chory podaje, że przed rokiem dostał kaszlu z lekką dusznością, która mu jednakże była przeszkodą w zajęciu gospodarskiém W kilka miesięcy późniéj spostrzegł chory, że mu jądro prawe obrzmiewa. Zaniepokojony tym stanem udał się chory do lekarza, który znalazł nasięk w płucu lewém obok obrzmienia jądra, i chorego do Szczawnicy wysłał, uważając obrzmienie jądra za gruźlicze a tém samém nasięk w płucu za natury gruźliczéj.

Chory około 30 lat mający, cery żółto-bladéj, dobrze zbudowany, ale źle odżywiony, żali się na kaszel, na lekką duszność i na osłabienie, dla którego większych ruchów unika. Badanie fizyczne organów klatki piersiowéj wykazuje tylko nasięk w szczycie płuca lewego, stłumienie wybitne, wdech i wydech nieoznaczony bez rzężeń. Jądro prawe w dwójnasób powiększone o powierzchni równéj, konsystencyi zbitéj nieomal modzelowatéj, niebolesne przy ucisku. Chory ożeniony od 2 tygodni pragnie koniecznie pozbyć się tego fatalnego obrzmienia i to było przeważnie przyczyną zatrzymania się chorego w Krakowie.

Przyroda kiłowa obrzęku jądra, jak to już kol. Szewczyk rozpoznał, nie ulegała żadnéj wątpliwości; co do nasięku w płucu, to nie twierdzieliśmy wprawdzie, że jest następstwem bezpośredniém kiły, ale przypuszczaliśmy pewien związek między nasiękiem i zakażeniem kiłowém. Chory pytany o przeszłość, wcale nie tai się z tém, że na 4 czy 5 lat przed wystąpieniem obrzmienia jądra cierpiał na kiłę i że dla wysypki i owrzodzeń w gardle używał kilkakrotnie środków rtęciowych. Poleciliśmy choremu, który w Krakowie zostać nie mógł, używanie jodku potasowego przez 3 miesiące, a mianowicie przez 6 tygodni $1^1/_2$ grm. pro die, a przez drugie 6 tygodni 2 grm. pro die. Chory wyjechał i niesłyszeliśmy nic o nim. Dopiero w czerwcu t. r., a więc po 4 latach, zgłosił się chory do mnie z powodu cierpienia gośćcowego, dla którego prosił o radę lekarską. Chory podaje, że stósownie do polecenia używał jodek potasu przez 10 tygodni, a przestał go używać po ustąpieniu zupełném kaszlu i obrzmienia jądra. Wyglądanie i odżywienie chorego nierównie lepsze (chory waży o 9 funtów więcéj), siły wróciły, a chory zajmuje się od 3 lat gospodarstwem rozległém. Nasięk w szczycie płuca lewego ustąpił, tj. stłumienie zupełnie zeszło, wdech nieco słabszy. Obrzmienie jądra ustąpiło ale cokolwiek zanadto, bo w miejscu jądra w dwójnasób powiększonego, został guziczek wielkości małego orzeszka, na co się wszakże chory nie żali, ponieważ obowiązki małżeńskie należycie wypełnia.

W tym przypadku zmiana w oskrzelach, a prawdopodobnie i w płucach, wystąpiła przed obrzmieniem jądra, a więc w czasie kiedy w innych narządach nie było nigdzie nie tylko zmian kiłowych świeżych, ale nawet śladów przebytéj kiły.

W tym przypadku obrzmienie jądra, które powstaje zarówno u gruźliczych jak u kiłowych, utrudniło rozpoznanie znaczenia nasięku w płucu o tyle, że go w początku miano za obrzęk gruźliczy, tém samém nie wątpiono o znaczeniu gruźliczém nasięku w płucu i nie podano choremu środków przeciwkiłowych.

Gorączka towarzysząca kile w płucach jest zazwyczaj mniejsza od towarzyszącéj nasiękom gruźliczym i to jest prawdopodobnie przyczyną wyniszczenia mniejszego *de regula* u kiłowych aniżeli u gruźliczych. Gdyby się sprawdziło zdanie Baumlera o przebiegu torowym gorączki u dotkniętych kiłą późną, ułatwiłoby to rozpoznanie kiły w płucach w wysokim stopniu. Dotychczas lekarze nie przywięzują wielkiego znaczenia do gorączki u kiłowych i nie przypuszczają, żeby kiedykolwiek po charakterze gorączki rozróżnić można nasięk gruźliczy od nasięku kiłowego. To jednakowoż jest pewne, że w wielu przypadkach kiły w płucach gorączki wcale żadnéj nie ma i że w takich przypadkach tętno jest zupełnie spokojne. Tak było w dwóch naszych przypadkach. Otóż ten brak zupełny gorączki obok tętna spokojnego niezawodnie przyczynić się może do rozpoznania kiły, mianowicie w szczytach płucnych. Złogom gruźliczym w szczytach towarzyszy przecież zazwyczaj gorączka wzmagająca się pod wieczór i tętno względnie do gorączki znacznie nawet przyśpieszone.

Plucie krwią nawet krwotoki płucne czasem bardzo znaczne występują w przebiegu kiły w płucach, ale zdaniem wszystkich lekarzy nie tak często jak u gruźliczych. Prawdopodobnie krwotoki znaczniejsze u kiłowych pochodzą tak jak u gruźliczych, z jam płucnych, które powstają z kilaków rozpadłych. O istnieniu takich jam u kiłowych wątpliwości żadnéj nie ma po wykazaniu przez anatomów patologicznych, mianowicie Virchowa, sposobu powstawania tych jam. Sam nie miałem sposobności badania takich jam u kiłowych, również i inni lekarze rzadko wspominają o takich jamach, których rozpoznanie polegać będzie na wykazaniu objawów fizycznych, cechujących jamę w płucach, powstałą z jakiéjkolwiek przyczyny.

Z tego co powiedziałem, wynika, że rozpoznanie kiły w płucach, która nierównie częściéj się wydarza, aniżeli lekarze zazwyczaj przypuszczają, nie polega na wykazaniu jednego lub dwóch objawów chorobowych, ale na uwzględnieniu całego obrazu klinicznego, przyczém jednakowoż szczególną uwagę zwrócić wypada:

1. Na wystąpienie nasięku, najczęściéj w prawém płucu, w późnym okresie kiły.
2. Na towarzyszące w innych narządach świeże zmiany późnéj kiły lub ślady po tych zmianach.
3. Na nieżyt w większych oskrzelach z męczącym kaszlem i dusznością, który poprzedza zmiany kiłowe w płucach i tym zmianom towarzyszy.
4. Na objawy fizyczne nasięku, wykazujące mocne stłumienie przy braku wybitnych objawów konsonancyi lub rzadkiem wystąpieniem tych objawów [1]). Objawy fizyczne nasięku kiłowego przypominają najwięcéj nasięk po zapaleniu płuc przewlocznem międzyzrazikowém.
5. Na brak gorączki i na tętno spokojne lub na nizki stopień gorączki.
6. Na rzadkie wystąpienie krwotoków płucnych.

O wykluczeniu dziedziczności gruźliczéj nie wspomniałem dla tego, ponieważ nie przypuszczam, żeby lekarz po wykazaniu nasięku przewlocznego w płucach, mianowicie w szczytach, nie zwrócił uwagi najsamprzód na znaczenie gruźlicze tego nasięku, a tém samém nie uwzględnił budowy suchotniczéj chorego i dziedziczności gruźliczéj.

[1]) Rozumiem przez to wdech głośny oskrzelowy, rzężenia dźwięczne — o wydechu słabo oskrzelowym lub o *respirium* słabo oskrzelowém częściéj wspominają lekarze piszący o kile w płucach.

Nareszcie wspomnieć mi wypada o wpływie środków przeciwkiłowych na rozpoznanie kiły w płucach. Nie umieściłem go między objawami przyczyniającemi się do rozpoznania nasięku kiłowego dla tego, że rozpoznanie w ogóle jakiejkolwiek choroby nie powinno być zawisłém od działania środków podanych. Leczenie powinno być wynikiem rozpoznania choroby a nie odwrotnie. Zresztą niekażdy nasięk natury niewątpliwie kiłowéj ustępuje po użyciu rtęci lub jodku potasowego, a z drugiéj strony niejeden nasięk niekiłowy, w płucach schodzi podczas używania środków przeciwkiłowych, co wcale nie świadczy za tém, że ustępuje w s k u t e k ale że schodzi m i m o podanych środków przeciwkiłowych. Z tém wszystkiém działanie pomyślne rtęci i jodku potasowego w przypadkach kiły w płucach ma znaczenie, ale wtenczas tylko, jeżeli działanie tych środków jest d o r a ż n e. Dla każdego lekarza praktycznego skutek p o m y ś l n y a d o r a ż n y rtęci lub jodku potasowego uchodzić będzie za dowód, że przypuszczenie jego o znaczeniu kiłowém nasięku w płucach było uzasadnioném. Takiemu zapatrywaniu się na znaczenie środków przeciwkiłowych dla rozpoznania a raczéj potwierdzenia kiły w płucach nikt zapewne słuszności nie odmówi. [1]).

III. Oceny i sprawozdania.

F u c h s E.: **O leczeniu ostrego śluzoropotoku spojówek.**

Jakkolwiek zasady leczenia śluzoropotoku są dotąd jeszcze dość chwiejne, przecież powiedzieć można, iż usiłowania lecznicze są skierowane ku temu, aby wpłynąć na zmianę wydzieliny, tak co do ilości jak i co do jakości téjże, pilnie ją oddalać z woreczka spojówkowego, a wreszcie zmniejszyć ucisk, jaki wywierają obrzmiałe powieki i naciekła lub obrzmiała spojówka gałkowa (*chemosis*) na gałkę oczną. Fuchs upatruje w ucisku powiek najważniejszą przyczynę ropienia rogówki, gdyż ucisk utrudnia przypływ krwi do obwodowych pętli naczynnych téjże, a skutkiem zmniejszonego i utrudnionego przypływu krwi i soków rogówka się rozpada. Od dłuższego już czasu, w celu zmniejszenia ucisku ze strony powiek i obrzmiałéj spojówki, robiono nacięcia téjże. Ponieważ jednak i ten środek pożądanych skutków w wielu przypadkach niesprowadzał, więc zalecał Critchett (*Lancet* 1880, zob. Przegląd Lek 1880; str. 420) rozpłatanie górnéj powieki. Wsunął pod nią po znieczuleniu chloroformem rowkowaty zgłębnik, a przycisnąwszy go do górnego brzegu oczodołu, przepołowił powiekę ostrym nożykiem prostopadle aż do brwi. W celu zupełnego odsłonięcia rogówki, odłączywszy obie połowy powieki od siebie, przytwierdził takowe subtelnemi szwami do skóry brwi. Spojówkę pędzelkowano 3 razy dziennie 6% roczczynem azotanu srebrowego. Po 6 tygodniach oko całkowicie wyzdrowiało, a Critchett przy ponownem użyciu narkozy odłączył przyczepione do skóry brwi płaty powieki i złączył takowe napowrót szwami drobnemi. Zespojenie nastąpiło dokładne, zeszpecenie było bardzo nieznaczne, powieka funkcyjonuje jak przedtém. Zaprzeczyć jednak nie można, iż późniejsze spojenie rozpłatanéj powieki i zrośnięcie *per primam*

[1]) Rozprawa niniejsza wyłożoną była w s t r e s z c z e n i u na III Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich. Stosując się do uchwały, wymagającéj, ażeby każdy prelegent mówił nie dłużéj nad 15 minut, prof. Rosner nie mógł przytoczyć historyi chorych, ani też rozwinąć tego rozumowania, które czytelnicy znajdują w obecnie ogłoszonéj jego pracy. *Red.)*

nie zbyt często się uda, w przypadkach zaś nieudania byłoby chirurgiczne wytworzenie powieki rzeczą konieczną Słusznie więc Fuchs sądzi, iż środek ten może jest za heroiczny, a chcąc ten sam skutek w sposób mniéj ryzykowny osiągnąć, zastósował w 2 przypadkach następujący sposób operowania: przedłużył szparę powiekową za pomocą nożyczek i noża w kierunku poziomym, przecinając miękkie części aż do kości. Po przecięciu mógł górną powiekę z łatwością dość wysoko podnieść, ucisk wywarty na gałkę po przecięciu równał się prawie zeru. Dolną powiekę odwinął za pomocą pętli sposobem Gaillarda. Przy rozszerzeniu szpary powiekowéj przeciął jedną z tętnic jarzmowo oczodołowych, która mocno strzykała; operator jéj nie podwiązał, skutkiem czego dość znaczny nastąpił upływ krwi. Po 5ciu dniach przecięto nitkę, która dolną powiekę odwijała. Dalsze leczenie polegało na stosowaniu lodowych okładów i pilném przepłukiwaniu spojówki powiekowéj. Skutek leczenia w obu przypadkach był zupełnie pomyślny. Autor sądzi, iż przypady były tak ciężkie, że bez operacyi, którą zastosował, rogówki byłyby niechybnie zropiały. Korzyści operacyi były następujące: 1) zmniejszenie ucisku na rogówkę przez rozszerzenie szpary powiekowéj i odwinięcie dolnéj powieki, 2) łatwy odpływ wydzieliny, gdyż gorną powiekę po przecięciu włókien mięśnia okrężnego łatwo można było odwinąć, dolna zaś ciągle była odwiniętą, 3) znaczny upływ krwi po przecięciu tętnicy jarzmowo-oczodołowéj. (*Centralblatt fkr Augenheilkunde.* Lipiec, 1881). *Dr. E. Machek.*

Samelsohn J. z Kolonii: **Przyczynek do działania azotynu amylowego** (*amylum nitrosum*) **w chorobach oczu.**

Autor zastosował azotyn amylowy w przypadku jednoocznéj ślepoty ze zwężeniem naczyń. Chora miała lat 36, blondynka, o wątłéj budowie ciała. Zresztą stan organizmu był prawidłowy, objawów hysteryi wykazać nie można. Chora przed 3 miesiącami porodziła, a przed kilkoma dniami miesiączkowała. Od pięciu dni jednêm okiem nic nie widzi (*Amaurosis*). Naczynia siatkówki oka chorego są węższe, tarcza bledsza, co tém łatwiéj rozpoznać, że naczynia siatkówki oka drugiego są prawidłowe. Autor nierozstrzyga czy anemia naczyń siatkówkowych i nerwu wzrokowego, powstała skutkiem uciskającego tętnicę wynaczynienia, znajdującego się gdzieś wzdłuż przebiegu téjże wśród nerwu wzrokowego, lub skutkiem nacieku surowiczego albo wreszcie skurczu naczyń. Drugie oko było pod każdym wzgl dem prawidłowe. S. podał choréj sześć kropli azotynu amylowego na chustce, a chora ulatniający się płyn wziewała. Twarz się widocznie zaczerwieniła. Naczynia siatkówki się zaraz po wziewaniach rozszerzyły. Prof. Rothmund z Monachium, który przypadkowo zwiedzał oddział Samelsohna, badał także chorą oftalmoskopem i rozszerzenie naczyń widział. Równocześnie wróciło poczucie światła, chociaż tylko w ograniczonéj części pola widzenia. Źrenica pomimo to, tak jak poprzednio na światło nieoddziaływała. Za kilka dni znowu podano choréj kilka kropel azotynu amylowego, co póżniéj jeszcze kilka razy powtórzono. Z powodu miesiączkowania trzeba było wreszcie wstrzymać dalsze wziewania powyżéj wspomnianego leku, a wstrzykiwano azotan strychninu. Przy tém leczeniu chora za miesiąc zupełnie wyzdrowiała. Bystrość wzroku była prawidłową. Już poprzednio Deutschmann (w Graefego *Archiv* XXVII, 1, 310) opisał trzy przypadki, w których azotyn amylowy w pewnych przypadkach upośledzenia bystrości wzroku bardzo skutecznie działał. (*Centralblatt für Augenheilkunde.* Juli 1881). *Dr. Machek.*

Tarnier: **O kleszczach położniczych.**

Na posiedzeniu Sekcyi położniczéj Zjazdu londyńskiego odbytêm d. 4 sierpnia, prof. Tarnier z Paryża zabrał głos w sprawie ulepszenia tak konstrukcyi jak i zastósowania kleszczy położniczych Prelegent zarzuca kleszczom dawnéj budowy, że 1) kierunek siły ciągnącéj, nie będąc kierunkiem osi miednicy, staje się niebezpiecznym dla miednicy i 2) że siła ta wywiera się zbyt daleko od środka główki, kleszcze zamieniają się na drążek, którego moc zagraża całości narządów macierzyńskich. Tarnier starał się zaradzić temu brakowi kleszczami swego pomysłu, których korzyści są następujące: 1) ciągnienie odbywa się w kierunku osi miednicy, 2) siła ciągnąca wywiera się jak najbliżéj środka główki, 3) główce pozostawia się ruchomość, jaką ona ma w połogu prawidłowym, 4) osobna igła wskazuje wszelkie ruchy i zboczenia główki i kieruje rękami operatora. Ażeby kleszcze odpowiadały tym warunkom, muszą być doskonałém dziełem mechaniki, a doskonałość nie osięga się doraźnie; kleszcze Tarniera pod wpływem umiejętnéj i sumiennéj krytyki uległy już znacznym ulepszającym zmianom, ale zasadniczo są zawsze te same.

W dyskusyi zabierali głos: Łazarewicz, Simpson, Duncan, Budin, Barner i Athill; streszcza się ona w następujących myślach: kleszcze dawnéj budowy (zwyczajnie używane) są drążkiem, operujący niemi rozwija tak znaczną siłę, że częściom miękkim miednicy zagraża zmiażdżenie; kleszcze Tarniera nie wymagają użycia tak znacznéj siły; zasada, którą się kierował Tarnier w złożeniu kleszczy swego pomysłu jest doskonałą, i nikt na Zjeździe temu nie przeczył, ale wielu położników (Simpson, Lusk) poczyniło zmiany w ich konstrukcyi tak, że nastąpiło przeobrażenie pierwotnego mechanizmu tych kleszczy; Tarnier wezwał gorąco kolegów Zjazdu do dalszego udoskonalenia instrumentu, do którego przywiazano jego imię. (*Le Progrès médical* Nr. 33). *A. K.*

Wiadomości pomniejsze.

(A. K.) Peyrusson: **Zastósowanie pary azotynu etylowego do czyszczenia powietrza.** Autor zaleca wyrabiać parę azotynu etylowego w sposób następujący: na miseczkę porcelanową nalewa się wyskok i kw. azotowy (36°) w stosunku 4:1 następnie ustawia się ją na ciepłéj wodzie dla miernego i ciągłego ogrzewania, przy czém wyzwalanie się pary odbywa się powolnie, lecz ustawicznie. Peyrusson doradza używać 50.0 téj mięszaniny na 100 sześciennych metrów powietrza, i zapewnia, że para azotynu etylowego, należąc do środków przeciwgnilnych, niezmiernie skutecznie daje się zastósować po wielkich zakładach leczniczych i w pawilonach chorób zakaźnych. (*Journal de médecine de la haute Vienne* 1881).

(A. K.) Prof. Parrot zachwala jodoform, jako nader pożyteczny środek **przeciw błonicy pochwy u dziewcząt**. Pedijatra ten stosuje jodoform pędzelkiem na części zajęte, raz jeden na dobę, i przykrywa warstwę jodoformu skubanką; w każdym okresie choroby środek ten nie zawodzi. (*Revue de médecine*, 1881).

(A. K.) **Salicylan wapniowy** podług Dra Hutchinsa jest doskonałym lekiem **w ostrym nieżycie żołądka i jelit u dzieci;** autor ten podaje 0,15—0,25 co 2 lub 3 godziny w syropie, i zaleca go jako środek nader skuteczny w terapii dziecięcéj. (*Paris médical* 1881).

(A. K.) Dr. Marchand spostrzegał **4 przypadki otrucia**

chloranem potasowym w praktyce dziecięcéj. Były to dzieci od 3—7 lat, które zażyły 10, 12 do 25 grm. chloranu potasowego w ciągu 20—36 godzin; objawy zatrucia były następujące: wymioty, mocz krwawy i skąpy, żółtaczkowy odcień zabarwienia skóry, zapad, bredzenie, śpiączka, a w końcu śmierć trojga z 4ch otrutych. (*Archiv. de Virchow.* Tom LXXVII).

IV. Wiadomości bieżące z zakładów klinicznych w Erlandze i Tübindze.

Podał Dr. W. Jaworski.

Erlanga, jedno z trzech miast uniwersyteckich Bawaryi, znaną jest naszéj publiczności lekarskiéj przeważnie z prac klinicznych profesora Leubego o chorobach żołądka. Chorzy tutaj przybywają z tymi chorobami rzeczywiście w znacznéj ilości o poradę lekarską, bywają tu najchętniéj przyjmowani najlepiéj obserwowani i do doświadczeń w kierunku patologii trawienia używani. Jednak myliłby się ten, któryby chciał uważać klinikę prof. Leubego za zakład specyjalny dla chorób żołądka. Zakład ten, mieszczacy się w obszernym dwupiątrowym gmachu, o dwóch skrzydłach, w pięknym ogrodzie, jest przeznaczony na ogólną klinikę chorób wewnętrznych i urządzony na 90 chorych, między którymi przeciętnie znajduje się 15—20 przypadków chorób żołądkowych. Obecnie znajdujące się przypadki reprezentują następujące choroby żołądka: *cardialgia, dyspepsic, ectasia* z różnych powodów, *ulcus* i *carcinoma*. Oprócz trzech przypadków, o których niżéj wspomnę, nie przedstawiają inne nic godnego wspomnienia. Największą ilość przypadków chorób żołądka przedstawia tu rozstrzeń, którą prof. Leube przypisuje nadużywaniu piwa. W istocie 15tysięczna ludność miasta Erlangen przy pomocy okolicy konsumuje cały zasób tego napoju, wyrabianego w 17 tutejszych browarach. Należy to do trybu codziennego życia tutejszéj ludności, że jedno indywiduum wieczorem wypróżnia 5 a nawet 10 litrów piwa, co nie może być obojętném na czynność żołądka. To też doświadczenia nad wpływem piwa na trawienie są tu obecnie w toku. Z doświadczeń tych, prowadzonych przez docenta i pierwszego asystenta prof. Leubego Dra Fleischera, okazuje się, że piwo znacznie opóźnia trawienie i dziwić się należy, że w obec takiego nadużycia piwa, trawienie żołądkowe a następnie odżywienie całéj ludności nie jest upośledzone. To się jednak tłumaczy jakością piwa tutejszego, a mianowicie że zawiera ono do 4% wyskoku (piwo Holzbergera według oznaczenia Dra Fleischera), podczas gdy w krakowskiem (z obydwu browarów) nieznalazłem w zeszłym roku więcéj jak $1\frac{1}{2}$—2%. Prócz tego odznacza się tutejsze piwo znaczną ilością goryczki chmielowéj i olejków przypalonych, powstałych przez prażenie słodu. W tym składzie działa piwo wprawdzie opóźniająco na trawienie, jednak i antyseptycznie tak że pokarmy nie ulegają w żołądku tak łatwo rozkładowi. Tém też należy sobie tłómaczyć zdanie prof. Leubego, że nawet w patologicznych sprawach nie znalazł w treści żołądka kwasu masłowego lecz mlekowy, podczas gdy u naszych chorych żołądkowych, występuje jako składnik nieprawidłowego trawienia bardzo często kw. masłowy, który się wytworzył przez dalszą fermentacyję z kw. mlekowego. Równocześnie robi Dr. Fleischer porównawcze doświadczenia z wodą zwyczajną o różnych ciepłotach, wypitą po użyciu rozmaitych pokarmów. Doświadczenia dotychczasowe wykazują, że obfitsza ilość użytéj wody przedłuża pobyt pokarmów w żołądku, daléj że woda o wyższéj ciepłocie przyśpiesza trawienie o niższéj opóźnia; także okazuje się z doświadczeń, że przy użyciu niezbyt wielkiego ruchu żołądek się prędzéj wypróżnia, niż w spoczynku; zaś przy użyciu nadmiarowego ruchu pokarmy nadzwyczaj długo w żołądku pozostają i są mało co chemicznie zmienione. Środkiem rozpoznawczym w każdym przypadku cierpienia żołądka stanowi na tutejszéj klinice zgłębnik, którego użycie obcemu wydaje się w pierwszych dniach przesadném, bo chociaż już inne przypady przemawiają za pewném rozpoznaniem, to sondowanie nigdy nie bywa tu pominięte, nawet w przypadkach wrzodu lub raka żołądka. W istocie udało się prof. Leubemu szczęśliwym trafem wykazać swemu audytoryjum w dosadny sposób potrzebę sondowania. Robotnik 50-letni przedtém dobrze, obecnie miernie odżywiony i na siłach podupadły, skarży się tylko na bóle po przełknięciu pokarmów, daléj na bóle w przerwach występujące w dołku podsercowym, rozpromieniające się aż do kręgosłupa. Badanie przedmiotowe nie wykazuje ani rozszerzenia żołądka, ani ograniczonego guzu, ani miejsca bolesnego. Wymiotów nigdy nie było. Przystąpiono do sondowania z następowém wypłukaniem żołądka. Pokazało się po odbyciu téj manipulacyi, że tak na zgłębniku, jakotéż w treści żołądka znajdują się czerwone strzępy, które badane pod mikroskopem przedstawiają utkanie rakowe. Na téj podstawie zrobiono rozpoznanie *carcinoma cardiae.*

Przy każdém cierpieniu żołądka chodzi jednak prof. Leubemu o to, aby wykazać, czy cierpienie pociąga za sobą upośledzenie trawienia i w jakim stopniu. Poniewa żchemiczne badanie treści żołądka w celach klinicznych, z powodu trudności wykonania technicznego, nie doprowadziłoby szybko do pożądanego celu, przeto ogranicza się prof. Leube do sposobu badania czysto empirycznego. Wypłukuje żołądek czystą wodą i daje choremu do spożycia smaczny kotlet. Jeżeli po 6—7 godzinach przy nowém wypłukaniu okaże się żołądek próżnym, to trawienie odbywa się prawidłowo; jeżeli zaś przy wypłukiwaniu pokazują się resztki mięsa, to trawienie jest upośledzoném. Aby rozstrzygnąć, czy przyczyną upośledzonego trawięnia jest brak kwasu żołądkowego, każe prof L. spożyć choremu naczczo 1 litr krup jęczmiennych, na rzadko zagotowanych, i po upływie godziny wypróżnia żołądek. W cieczy otrzymanéj oznacza ilość kwasu roczynem miareczkowanym ługu sodowego. Jeżeli trawienie nie jest upośledzone treść zwykle wykazuje 0·15—0·2% kwasu

Główna terapija w przeważnéj części chorób żołądka skierowana jest tutaj ku podniesieniu czynności trawienia. W tym celu przepisuje się odpowiednią dyjetę i uskutecznia wypłukiwanie wodą zwyczajną, co się tu w bardzo prosty sposób urządza. Zgłębnik z oczkiem, zupełnie miękki, zwilżony tylko wodą ciepłą, przystosowuje się do dużego lejka Hegara i wprowadza do przełyku, upominając siedzącego chorego do ciągłéj fonacyi. Następnie nalewa się wody do podniesionego lejka, a potém zniża go się na ziemię. Przez to lejek na mocy prawa lewarowego napełnia się płynem żołądkowym. Wypełniony wypróżnia się, a następnie podnosi się go znów do góry, napełnia powtórnie wodą i zniża dla wypłynięcia płynu z żołądka. Czynność tę tak długo się powtarza, aż płyn ze żołądka wypływający, nie stanie się jasnym. Wypłukiwanie uskutecznia się zawsze w 6—7 godzin po obiedzie, a zatém wieczorem. Zwykle przedłuża się wypłukiwanie przez 14 dni. Jeżeli pomimo to trawienie się

nie polepsza, co się poznaje po resztkach niestrawionych pokarmów w cieczy z żołądka wydobytéj, to podają tutaj „*Leubes Fleischsolution*“ wyrabianą w Berlinie, smaku dość znośnego. Nie wiem z jakiego powodu nazwano ją *solutio*, jest to bowiem gąszcz, nierozpuszczający się we wodzie, a tworzący tylko zawiesinę. Przetwór ten chorzy lepiéj znoszą niż zwykłe potrawy mięsne. Podają go przez dzień 125 do 250 gramów. W przypadkach braku kwasu żołądkowego stosuje się albo sam kw. solny albo z pepsyną.

Z przypadków ostatnich chorób żołądka trzy zasługują na wzmiankę. U chłopca 7-letniego wystąpiły przypady rozstrzeni żołądka, ciągłe wymioty, zapadnięcie brzucha a wydymanie się okolicy żołądka, upadek sił i odżywienia. Rozpoznano *stenosis pylori* i postanowiono wykonać resekcyję części żołądka zwyrodniałéj. Rękoczynu dokonał prof. Heinecke, wyciąwszy kawałek jelita długości 12 cm. Operowany jednak dostał trzeciego dnia ograniczonego, a siódmego całkowitego zapalenia otrzewny, które zakończyło się śmiercią.

Drugi przypadek dotyczy 40-letniego mężczyzny, który przedstawiał wejrzenie kachektyczne, upadek sił, brak apetytu, bóle przeszywające w okolicy żołądka, guz miernie bolesny podługowaty w linii przymostkowéj lewéj, wystający z pod łuku żebrowego. Guz ten ani za użyciem środków przeczyszczających, ani za ugniataniem nie zmieniał swego położenia. Rozpoznano *carcinoma ventriculi* i postanowiono wykonać resekcyję żołądka, na którą to operacyję chory się zgodził. Po zachloroformowaniu przystąpiono do dokładnego zbadania umiejscowienia guza. Ten tymczasem w czasie badania nagle znikł i więcéj go odszukać nie zdołano. Na têm operacyję zakończono. Chory odszedł do domu bez guza. Przypadek ten tłumaczy prof. Leube têm, że tumor składał się z rurki kałowéj, ściśle przylegającéj do ścian jelita poprzecznego, przepuszczającéj jeszcze płynną treść jelit. Tym sposobem wywoływał on na drodze mechanicznéj przypady gastryczne, pod wpływem zaś działania chloroformu i palpacyi miejsce swoje opuścił.

Najwięcéj zajmujący przypadek dotyczy chłopca 12-letniego, u którego przed pół rokiem wykonano przetokę żołądkową z powodu niedrożności przełyku, spowodowanéj połknięciem ługu sodowego żrącego. Chłopiec licho odżywiony, w linii sutkowéj lewéj przedstawia szparę poprzeczną, około 4 cm. szeroką, o brzegach zaczerwienionych, grzybiasto wywróconych. Szpara w celu przeszkodzenia wypłynięciu treści żołądka zatyka się kauczukowym woreczkiem otworem na zewnątrz zwróconym. W razie przyjmowania pokarmów, składających się z bułki i mleka lub zupy i mięsa, chory sam wyjmuje ze szpary woreczek a na jego miejsce wkłada cewkę z cybuchem kauczukowym, sięgającym do ust, jak gdyby drugi przełyk. Następnie bierze łyżką pokarm do gęby rozdrabnia go, nawet połyka, lecz wnet następuje ruch wsteczny i pokarm dostaje się napowrót do ust a ztąd przez cybuch i cewkę do żołądka. Gdy chłopiec ma uczucie zaspokojonego głodu, wyjmuje cewkę z przetoki i zakłada na jéj miejsce woreczek kauczukowy. Na tym chłopcu robią się doświadczenia czy i o ile przy trawieniu żołądkowém podnosi się cieplota. W tym względzie stwierdził prof. Leube, że podobnie jak to spostrzezono przy sztucznêm trawieniu ciepłota wewnątrz żołądka po wprowadzeniu pokarmów podnosi się około 0·5°C. i po 2—3 godzinach trawienia dosięga swego maximum.

(Ciąg dalszy nastąpi).

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu 29 (do 16 lipca) ospa nie zmieniła się w Londynie. Umarło 49, leczyło się w szpitalach 1182, świeżo zapadło 190 W Wiedniu umarło 9, w Paryżu 17, w Budapeszcie 6, w Petersburgu 4, w Saragosie 11. Dur pojawia się jeszcze często w Petersburgu, z duru powrotnego mniéj umarło. Z duru osutkowego umarło w Budapeszcie 6, w Pradze 3, w Petersburgu 53. Z nieżytu jelitowego umarło więcéj dzieci w Wiedniu, Budapeszcie, Pradze, Londynie i innych większych miastach. W tygodniu 30 umarło w Krakowie: 6 z odry, 1 z płonicy, 2 z błonicy, 3 z krztuśca, 5 z duru osutkowego, 1 z róży, a doniesiono w tymże czasie: o 2 przypadkach ospy, 2 odry, 1 płonicy, 12 duru osutkowego.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 29 (do 16 lipca) umarło na 1000 mieszkańców i na rok: w Krakowie 37,2; w Poznaniu 38,7; w Wiedniu 27,2; w Budapeszcie 35,4; w Pradze 32,7; w Tryjeście 20,6; w Berlinie 49,2; w Wrocławiu 44,3; w Gdańsku 24,9; w Mnichowie 32,3; w Dreźnie 29,0; w Lipsku 25,4; w Bazylei 33,5; w Brukseli 24,8; w Amsterdamie 20,9; w Hadze 23,4; w Paryżu 22,3; w Londynie 24,7; w Kopenhadze 23,0; w Stokholmie 19,3; w Chrystyjanii 1,17; w Petersburgu 59,0; w Odessie 40,9; w Rzymie 24,7; w Wenecyi 17,9; w Bukareszcie 23,1; w Madrycie 30,5; w Barcelonie 30,4; w Lizbonie 23,3; w Aleksandryi 33,8; w Nowym Yorku 27,3; w Filadelfii 19,0; w Bombaju 21,9. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 26 sierpnia. Minister oświaty w porozumieniu z ministrem spraw wewnętrznych w myśl ustawy o rygorozach lekarskich z d. 15 kwietnia 1872 r. zamianował na rok szkolny 1881/82 dla uniwersytetu krakowskiego komisarzem rządowym profesora zwyczajnego Dra Edwarda Korczyńskiego, a jego zastępcą prof. zw. Dra Lucyjana Rydla; koegzaminatorem przy 2giém lekarskiém rygorozum profesora nadzw. Dra Macieja Jakubowskiego a jego zastępcą prymaryjusza w szpitalu św. Łazarza Dra Stanisława Paszkowskiego; koegzaminatorem przy 3ciém rygorozum lekarskiém operatora w tymże szpitalu i docenta pryw chirurgii Dra Alfreda Obalińskiego a jego zastępcą profesora nadzw. Dra. Antoniego Rosnera.

* **Kraków** d. 24 sierpnia. Protomedyk Biesiadecki otrzymał order pruski orla czerwonego 3ciéj klasy. Tym sposobem za przykładem Rosyi i Austryi wreszcie i Niemcy daly Protomedykowi naszemu dowód uznania za śmiałą i bezinteresowną gotowość do zbadania zarazy, która przed kilku laty wybuchła była nad Wolgą.

* Wielu z kolegów, którzy zwiedziwszy zdrojowiska krajowe, następnie odbyli wycieczkę do zagranicznych, wraca obecnie przez Kraków; zgadzają się oni wszyscy na to, że przyroda hojnie obdarzyła zdrojowiska nasze ilością i jakością wody, pięknêm i zdrowêm położeniem zakładów, obfitością górskich ruczajów, słowem, że zdrojowiska nasze niezmiernie są bogate w główne czynniki Balneoterapii; ale mimowolne porównanie ich niedostatecznego urządzenia z urządzeniem zakładów zagranicznych, wypada tak niekorzystnie dla zdrojowisk krajowych, że przy dzisiejszym zainteresowaniu się niemi całego ogółu polskich lekarzy, panowie właściciele, spodziewając się na rok przyszły wielkiego zjazdu chorych, winni dziś już pomyśleć o zmianach i ulepszeniach, jeśli chcą uniknąć wielkiego fiasco i przygotować zdrojowiskom polskim należną im dobrą przyszłość.

Kilka obszerniejszych publikacyj zapowiedziano na ten temat.

* Otrzymaliśmy zaproszenie na 54ty Zjazd przyrodników i lekarzy niemieckich, odbyć się mający w Salzburgu od 17 do 24 września rb., razem ze statutem Zjazdów, według którego (§. 2) udział uczonych obcych jest bardzo pożądanym.

* Według otrzymanych wiadomości w Cieplicach czeskich do dnia 17 sierpnia bawiło gości kąpielowych 9,902.

* **Karlsbad.** d. 20 sierpnia. Do dnia dzisiejszego przybyło gości kąpielowych 23,582, o 146 osób więcéj aniżeli w roku zeszłym. Przez cały niemal tydzień zeszły padały deszcze, pogoda pochmurna z ciepłotą 11°—15°R. w cieniu.

* **Lwów.** Przed 3 tygodniami wykonał prymaryjusz Dr. Szeparowicz laparo- hystero- owaryjotomiję na Siostrze Miłosierdzia lat 40 liczącéj z powodu ogromnych włókniaków macicy. Operacyja odbyła się ściśle antiseptycznie z pominięciem mgły karbolowéj. W ciągu gojenia ciepłota ciała raz tylko doszła do 30°, zresztą ciągle było prawie dobrą. Chora od kilku dni opuściła łóżko i ma się wcale dobrze.

* **Berlin.** Z powodu przemówienia w Tow. lekarskiém mianego przez prof. Limana, ośmiu homojopatów zaskarżyło zasłużonego profesora o obrazę honoru. Sąd pierwszy uznał go winnym. Temi dniami zapadł atoli wyrok uniewinniający sądu apelacyjnego, uzasadniony w ten sposób, że oskarżony mówił przeciw homojopatom w ogóle, że więc nie wytknął osób, któreby się mogły czuć obrażonemi.

D. 1 czerwca 1882 odbędzie się w Berlinie wystawa z zakresu higijeny i narzędzi dla ratowania ginących. Szczegółowy program udziela sekretarz R. Henneberg. (Brandeburgstrasse, 81).

Paryż. Dr. Chopart oddany pod sąd za zbrodnicze wywołanie poronienia. Aptekarza Millepieda w Bordeaux skazano na 500 fr. grzywny i 3000 fr. rodzicom dwojga dzieci, które pomarły w skutek zażycia strychninu, który wydał rzeczony aptekarz w miejsce santoninu.

* **Petersburg.** Dr. J. Grimm został wezwany do przyjęcia posady kierującego sprawami lekarskiemi w Bułgaryi.

Mianowania i odznaczenia. Docent prywatny we Wrocławiu Dr. Marchaud mianowany został profesorem anatomii patologicznéj w Gössen.

Redakcyja otrzymała:

A. ELSENBERG: Zmiany anatomiczne ślinianek przy wściekliźnie u psa i człowieka. (Odbitka z Pam. Lek. 1881 r.) in 8vo str. 30.

Dr. Stan. KONDRATOWICZ: Uwagi o cięciu cesarskiém według sposobu Porro dokonywaném.

Hr. Wł. DZIEDUSZYCKI: Muzeum imienia Dzieduszyckich we Lwowie:

O skutkach malagi z chiną i żelazem wyrabianych przez aptekarza Blumenfelda we Lwowie.

W zastępstwie redaktora: **Dr. A. Kwaśnicki.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Ulica Podwale Nr. 84.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Boulv. Voltaire 180, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 3 września 1881. № 36. Rok XX.

I. Przypadek zwężenia tętnicy płucnéj.

Opisał Dr. O. Widmann.

Rzecz miana na III Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie na dniu 21 lipca 1881.

W roku 1873 18go lutego przyjęto do szpitala powszechnego we Lwowie chłopaka stolarskiego, liczącego lat 14, który ciągnąc wózek na ulicy, padł bezprzytomny.

Jest on wzrostu wiekowi odpowiedniego, więzi dobrze rozwiniętéj, nadzwyczaj siny na twarzy i całém ciele; ciepłota prawidłowa, kończyny chłodne, palce rąk pałeczkowato zgrubiałe. Przytomność utrzymana, odpowiedzi do rzeczy.

Klatka piersiowa wązka i długa, wypuk płuc z obu stron prawidłowy, również przysłuchem nie można stwierdzić żadnych zboczeń w narządzie oddechania.

Po stronie lewéj klatki piersiowéj w okolicy sutka i na wewnątrz od tegoż widać uderzenia serca na dość rozległém miejscu; koniec serca uderza w 5tém międzyżebrzu na wewnątrz od sutka; tamże daje się spostrzedz wyraźne wciąganie skurczowe końca serca. W miejscu przyczepienia trzeciego i czwartego żebra do lewego brzegu mostka wymacać się daje silny mruk skurczowy (*fremissement systolique)*; nad końcem zaś serca słychać chropawy, szumiący szmer skurczowy, kończący się dość wysokim gwizdem, szmer ten wzmaga się w kierunku ku górze i ku lewemu brzegowi mostka, a jest najsilniéj słyszalny w trzeciem i czwartém międzyżebrzu po stronie lewéj tuż obok i nieco na wewnątrz od lewego brzegu mostka. Szmer ten jest tak silny, że go z mniejszą lub większą siłą usłyszeć można wzdłuż całéj klatki piersiowéj. W tętnicach szyjnych słychać zamiast pierwszego tonu szmer, drugi ton jest dość słaby i nieco głuchy. Rozmiary serca są w obu kierunkach, bardziéj jednak w kierunku poprzecznym, nieco powiększone; ruchy serca nie są przyspieszone (80), umiarowe. Tętnica sprychowa mała, mocno ściągnięta.

Chory podaje, że cierpi od urodzenia na zawroty głowy, które szczególnie przy wytężeniu fizycznéjm częściej i silniéj się pojawiają, łatwo się męczy i często miewa krwotoki z nosa.

Czując sie zresztą zupełnie zdrowym, opuścił dnia 21 lutego 1873 zakład i powrócił do swego zawodu, lecz już we dwa dni t. j. 23 lutego został przez policyję odstawiony do szpitala. Znaleziono go leżącego bez przytomności na ulicy; do dnia 7go marca, w którym wyszedł ze szpitala na własne żądanie, nie utracił przytomności.

22 marca został znowu z ulicy przyjęty, ponieważ padł bezprzytomny; pozostawał do 16 kwietnia 1873 w zakładzie.

Przez czas ten miał kilkakrotnie krwotoki z nosa, spał prawie ciągle, rzucał się we śnie, tak iż musiano go umieścić w łóżku dla chorych na padaczkę, tracił czasami nagle na chwil kilka przytomność, siniejąc więcéj niż zwykle; sinica ta zwiększona utrzymywała się przez parę godzin po napadzie. Jakiego rodzaju te napady były, nie mogę opisać dokładnie, gdyż nigdy świadkiem ich nie byłem; z opisu wynika, że chory tracił przytomność na krótki czas i nagle, siniejąc przedtém mocniéj niż zwykle, toczył pianę z ust, dostawał drgawek, lecz nie krzyczał; po napadzie popadał w ciężki i niespokojny sen. O napadach nie wiedział nic, ani téż nie miał zwiastunów; okazuje się z tego, że napady te były podobne do padaczkowych.

Na podstawie badania fizycznego powtórnego i obserwacyi kilkotygodniowéj rozpoznałem: z w ę ż e n i e z n a c z n e t ę t n i c y p ł u c n é j, p r a w d o p o d o b n i e w r o d z o n e, z p r z y p u s z c z e n i e m, ż e i s t n i e j e o t w ó r w p r z e g r o d z i e p o m i ę d z y k o m o r a m i.

Od 16go kwietnia 1873 do 14go stycznia 1876 r. niewidziałem chorego, na dniu tym jednak wstąpiwszy do szpitala, nie opuścił go prawie przez całe 4 lata aż do śmierci, był bowiem przez ten czas dwadzieścia kilka razy w zakładzie, przebywając już to po kilka dni lub tygodniami. Po raz ostatni przyjęty został na dniu 27 lipca 1879 i przebywał bez przerwy aż do śmierci, która w maju 1880 roku nastąpiła.

W chwili przyjęcia, dnia 14go stycznia 1876 roku, skarżył się na ból głowy, gorączkę i krwioplucie, które od trzech dni trwa.

Wyrósł od roku 1873 bardzo (liczy lat 17); sinica na

policzkach i na całéj skórze jest bardzo znaczna. Klatka piersiowa wązka i długa, lewa jéj strona mniéj się porusza.

Uderzenia końca serca widać w 5tém międzyżebrzu na wewnątrz od sutka i nieco poniżéj tegoż, jako skurczowe wciąganie. Nad miejscem tém, jakoteż powyżéj t. j. w 4 i 3 międzyżebrzu silniéj niż w 5tém wyczuć się daje skurczowy mruk. Zamiast pierwszego tonu słychać nad końcem serca chropawy szmer, wzmagający się ku mostkowi i ku górze, który to szmer przybiera w okolicy piątego i czwartego żebra, cechę gwizdu udzielającego się całéj klatce piersiowéj z przodu, tak silnie, iż pokrywa wszystkie inne tony sercowe i naczyniowe, równocześnie słyszeć się dające. Wymiar serca poprzeczny jest nieco powiększony, uderzeń serca dość silnych 80 na minutę nie zupełnie umiarowych, t. j. po kilku wolniejszych następuje kilka szybszych i drobniejszych uderzeń.

Lewe podżebrze przy ucisku miernie bolesne; śledziona dowiększona. Wymiary wątroby nie są powiększone, obmacywanie jéj nie bolesne. Z tyłu słychać skąpe rzężenia nieżytowe, wypuk płuc prawidłowy. Nieznaczny kaszel z plwocinami śluzowo ropiastemi.

Chory jest osłabiony, prawie ciągle śpi, łatwo mdleje, szczególnie przy ruchu wytężającym. Słabość zmusiła go zmienić zawód stolarski na szewski. Od roku 1873 nie miał już owych napadów opisanych wyżéj. Przebywał w szpitalu do 9 marca 1876.

Przyjęty ponownie na dniu 1 kwietnia 1877, żalił się na dreszcz i kłucie w klatce piersiowéj. Badanie wykazało oprócz dawniéj już, tj. przy jednym z poprzednich pobytów, stwierdzonego zajęcia szczytu płuca lewego, jeszcze świeży naciek zapalny w dolnym płacie prawego płuca. Ciepłota skóry dochodziła wieczorami do 40·5° C., lecz przebieg zapalenia był pomyślny i skończył się krytycznym spadkiem ciepłoty 7go dnia choroby. Pomimo tego jednak naciek ten nie rozdzielał się raźnie i jeszcze po 8miu tygodniach, 1 czerwca 1877, na którym to dniu chory zakład opuścił, można było ślady nacieku wykazać.

Pomimo wady sercowéj traktowano chorego kąpielami mającemi zrazu 28° R., a ochładzanemi do 24R. Kąpiele powtarzały się cztery razy na dobę, zniżały zawsze stanowczo ciepłotę ciała i były bez wpływu szkodliwego na krążenie, a sprawiały nadto taką ulgę podmiotową choremu, iż sam się domagał powtarzania takowych.

W październiku 1877 r. przebywał jakiś czas w szpitalu z powodu krwawych stolców, spowodowanych nieżytem kiszek i guzami krwawniczemi.

W marcu 1878 przebywał w zakładzie z powodu nieżytu oskrzeli i jelit; w tym czasie zaczął tracić słuch.

W kwietniu 1878 r. przebywał na oddziale chirurgicznym z powodu silnych krwotoków z nosa.

W lutym 1879 przyjęty został na oddział kiłowy z powodu zapalenia dyfterytycznego cewki moczowéj. W ciągu pobytu na oddziale kiłowym dostał ropiastego zapalenia wnętrza ucha, skutkiem którego nastąpiła zupełna utrata słuchu. Po wygojeniu zapalenia cewki moczowéj, które tylko nieznaczne po sobie zostawiło zwężenie, przeniesiono chorego w lipcu 1879 na oddział chorób wewnętrznych.

Oprócz wyżéj opisanéj wady sercowéj można było już stwierdzić suchoty płuc w zupełnym rozwoju. Gorączkował, skarżył się na kłucie w klatce piersiowéj, był mocno wychudły. W obu szczytach odgłos wypukowy był stłumiony, silniéj w szczycie lewym; z obu stron był oddech oskrzelowy słyszalny i rzężenia dźwięczne. Wieczorem w dniu przyjęcia dostał silnego wybuchu krwi, który był trzeci z rzędu od 6ciu dni.

Stan gorączkowy utrzymywał się ciągle, krwotoki płucne powtarzały się z mniejszą lub większą siłą; a wśród ciągle wzmagającego się zapadu, zwiększonego jeszcze rozpływnemi potami i rozwolnieniem, zakończył chory swój nędzny żywot na dniu 9 maja 1880 roku.

Sekcyja wykazała:

Mocno wychudłe zwłoki o powłokach sino-ołowiowych. Długość ciała 169 cm. Mózg silnie przekrwiony, szczególnie istota szara.

W obydwu płucach liczne jamy bronchiektatyczne.

W worku osierdziowym około 30 gramów płynu surowiczego jasnego; na osierdziu nie ma śladów zapalenia.

Serce rozszerzone w rozmiarze poprzecznym, płaskie i szerokie, koniec jego płytką bruzdą rozdzielony na dwie połowy.

W komórce prawéj, któréj wymiar podłużny wynosi 10·5 cm., szerokość zaś pod zastawką trójkończystą 7·0 cm., w połowie komory 6·0, grubość ścian 1·2. Wsierdzie lekko miejscami zmętniałe, zastawka trójkończysta i ścięgna jéj są cienkie i zupełnie prawidłowe. Na 7·5 cm. od końca serca znajduje się otwór tróigraniasty, otoczony bliznowatemi brzegami, górną część otworu odgranicza mięsień beleczkowy, silnie rozwinięty, bieżący od wewnątrz ku górze i na zewnątrz (na prawo), kończący się na górnéj części otworu utkaniem ścięgnistém, na 4 milimetrów grubém a 1 cm. długiém. Długość tego mięśnia wynosi 4·7 cm., grubość 5·5 milim. Otwór trójgraniasty jest 6 milimetrów wysoki a 5 milim. szeroki, przez otwór ten dochodzi się do jamy kolistéj, któréj utkanie mięsne jest wyścielone wsierdziem, średnica jéj wynosi 2 cm.

W górnym odcinku téj jamy osadzone są dwie zastawki półksiężycowe, cienkie, mające na brzegach wolnych długość 2·3 cm. Są to zastawki wewnętrzna i zewnętrzna tętnicy płucnéj. Stożek tętnicy płucnéj ma 3·0 cm., średnica tętnicy płucnéj 1 cm., nad zastawkami półksiężycowemi wynosi 2·0 cm, obwód jéj 6·2 cm. W miąższu komory znachodzą się tu i owdzie rozsiane miejsca bliznowate, mające od 1—4 milim. kwadratowych, świadczące o przebytém zapaleniu miąższu komory.

2·5 powyżéj zwężonego ujścia tętnicy płucnéj znachodzi się w tylnéj części przegrody przedniej komory otwór półksiężycowy, od dołu wycięty, brzegi jego nie mają utkania ścięgnistego, również nacięty miąższ nie zdradza śladu zapalenia mięśnia. Dolny brzeg otworu ma 2 milim. grubości a 3 cm. długości, zaś otwór sam ma 2·2 cm. światła. Otworem tym pokrytym zastawką trójkończystą komunikuje komora prawa z komorą lewą w kierunku poziomym, zaś w kierunku pionowym z tętnicą główną. Od góry otwór ten ograniczony w części wolnym brzegiem półksiężycowym, resztki przegrody błoniastéj komór, a nadto skrzyżowany poziomym otworem tętnicy głównéj. Zastawki tętnicy głównéj są prawidłowéj wielkości i ilości, cienkie. W układzie naczyniowym, wychodzącym z tętnicy głównéj, nie ma żadnéj nieprawidłowości, tylko tętnica wieńcowa lewa jest większa, ma bowiem 3·5 milim. średnicy. Przewód Bosalla zarośnięty.

Długość komory lewéj wynosi 9·75—10 cm., szerokość od wewnątrz pod zastawką dwukończystą 7·0 cm., w połowie 5·5 cm. Długość komory prawéj 10·5 cm., szerokość od wewnątrz pod zastawką 3-kończystą 7·0 cm., w połowie komory 6·0 cm.

Grubość komory lewéj 1·3, prawéj 1·2 cm.

Obwód tętnicy płucnéj 6·2, tętnicy głównéj 9·5 cm., 1 cm. nad zastawkami półksiężycowemi, tętnica główna jest zatém wedle Benekego za szeroka, podaje on bowiem obwód jéj na 100 cm. długości ciała w tym wieku 39·8, podczas gdy tu ona 56·8 wynosi, tętnica płucna ma prawie wymiar prawidłowy wynosi bowiem 37·1 na 100, Beneke podaje 37·2.

Sekcyja stwierdziła zatém rozpoznanie. Rozchodzi się o pytanie, czy wadę tę zaliczyć do nabytych, czyli téż do wrodzonych?

Wedle schematu Rokitańskiego należałaby ona pod *C*, 2, *b*.—Schemat Rokitańskiego jest następujący:

A) Zupełny ubyt przegrody komor;

B) Ubyt tylnéj przegrody;

C) Ubyt przedniéj przegrody.

1) Ubyt całéj przedniéj przegrody;

2) Ubyt tylnéj części przegrody przedniéj.

a) Ubyt przy nieprawidłowém położeniu pni tętniczych,

α) przy prawidłowych rozmiarach pni,

β) przy zwężeniu lub atrezyi tętnicy płucnéj,

b) ubyt obok prawidłowego położenia pni tętniczych.

Gdyby można wykazać nieprawidłowe położenie pni tętniczych, wonczas wadę tę zaliczyć należałoby pod *C*, 2, *a*, β; jednak najskrzętniejsze badanie pokazuje, że położenie tętnic głównych względem siebie jest zupełnie prawidłowe. W tym przypadku nie byłoby żadnéj wątpliwości, że wada jest wrodzoną, tak jednak i w obec istniejących śladów zapalenia mięśnia sercowego nasuwają się wątpliwości, które jednak są pozorne.

Wad tego rodzaju jest dotąd tylko dwie opisanych, jeden przypadek przez Rokitańskiego samego, drugi przez Ortha (*Virchowa Archiw.* t. 182).

Przypadek opisany przez Rokitańskiego dotyczył dziecka jednomiesięcznego. Na prawym obwodzie tętnicy głównéj był otwór 5 mm. mający, który zatém był w obu błaszkach mięsnych, które zrastając się wytwarzają tylną ścianę stożka; otwór ten był od tyłu odgraniczony przez część błoniastą przegrody, od strony prawéj pokrywał go wewnętrzny koniec zastawki trójkończystéj. Otwór zatém wyglądał jak gdyby był sztuczny pomiędzy stożkiem tętniczym a zatoką (*sinus*) komory. Rokitansky tłumaczy powstanie otworu tém, że przegroda mięsna nie zeszła się z przegrodą błoniastą, może skutkiem tego, że przegroda błoniasta była za nadto cofnięta w tył.

Przypadek opisany przez Ortha jest zupełnie podobny do przypadku opisanego powyżéj; i tam jest otwór w przegrodzie wielkością odpowiadający zwykłym tego rodzaju przypadkom, w których tętnice nieprawidłowo leżą, lecz nieprawidłowego położenia tętnic niema.

Orth zapytuje, ażali zwężenie nie jest pierwotną a otwór w przegrodzie następową zmianą, wywołaną parciem krwi, przez co przegroda nie mogła się zaróść? czyli téż może było pierwotne mięśniowe zwężenie, do którego przystąpiło jeszcze zapalenie mięśnia i zwiększyło zwężenie?

Wedle Rokitanskiego, Assumpsa i Rauchfussa taki związek między zwężeniem a ubytem istnieć nie może. Rokitansky twierdzi, że zwężenie tętnicy płucnéj zdarza się bez ubytu w przegrodzie, a przypadki te są zgodne zupełnie z owemi, w których są braki w przegrodzie, mniema on zatém, że przegroda przecież zarasta, pomimo mechanicznych przeszkód, skoro tylko istnieje dostateczna siła rozwojowa (*Entwickelungs-Energie)*. Daléj zwraca uwagę Rokitansky na to, że skutkiem ubytu w przegrodzie i szerokości tętnicy głównéj nie ma zastoju po stronie prawéj, czego dowodem także położenie brakującéj przegrody, która nie jest wypartą, często nawet ku prawéj stronie pochyloną.

Orth nadto przytacza, że z embryjologicznych badań Rokitańskiego wynika, że stożek się wraz z przegrodą komór rozwija, że dopiero ze zrostem tylnéj części przegrody przedniéj jest ukończony, że przeto jasną jest rzeczą, że niedostateczny rozwój przegrody powoduje wtórorzędne wady w rozwoju stożka, podczas gdy mu to wcale nie jest jasném, jak zwężenie stożka, który równocześnie z przegrodą jest gotów, powodować może ubyt w przegrodzie. Mniema on zatém, że ubyt w przegrodzie jest pierwotną utworową wadą nie zaś następstwem.

Wszakżeż sam Rokitansky przypuszcza, że braki przedniéj części przegrody przedniéj powstają przez niedostateczny rozwój, dlaczegoż, nie można tego przypuścić dla tylnéj jéj części?

Orth skłania się do tłumaczenia J. F. Meckela, który brak energii siły twórczéj, bez przyczynienia się mechanicznych momentów, za przyczynę powstania otworów w przegrodzie uważa.

Rokitanski tłumaczy na podstawie swych badań embryjologicznych ubyt w tylnéj części przegrody przedniéj tém, że przegroda wspólna pnia tętniczego (*septum trunci arter. com.*) skutkiem tego, że bierze nieprawidłowy kierunek, nie zrasta się z przednią częścią przegrody komór, przez co powstaje ubyt w przegrodzie, a koniecznėm następstwem jest to, że tętnica główna staje się bardziéj na prawo położona i okręcona na około swéj osi od lewéj ku prawéj; brak téj części przegrody komór, która wrasta pomiędzy obadwa pnie tętnicze i wytwarza w części stożek tętnicy płucnéj, upośledza rozwój tego stożka, wytworzonego w tych razach tylko z miąższu komory, zbaczającym na prawo i ku przodowi, zamiast rosnąć wraz z tylną częścią przegrody przedniéj około przedniéj i prawéj części tętnicy głównéj.

W naszym przypadku, tak jak w owym przez Ortha opisanym, nie ma nieprawidłowego położenia tętnic, zatem jakkolwiek jest ubyt w tylnéj części przegrody przedniéj i zwężenie ujścia tętnicy płucnéj, nie możemy przyjąć teoryi Rokitańskiego do wytłumaczenia zmian, o których mowa.

Od czasu jak są znane zwężenia tętnicy płucnéj wraz z ubytami przegrody, to jest od czasów Morgagniego, istnieje bardzo wiele tłumaczeń tego zjawiska ciekawego, z których tylko te przytoczę, które mają za podstawę logiczną myśl, nie dziwaczne wymysły. I tak mniema Kürschner, że obydwie wady są wadami rozwojowemi, nie stającemi w żadnym związku ze sobą; Dusch zaś, że pierwotnie istnieje otwór w przegrodzie a późniéj się rozwija zwężenie, że zatém otwór jest wadą ustrojową, zwężenie wadą nabytą, Meckel i inni mniemają, że zwężenie tętnicy płucnéj jest koniecznėm następstwem ubytu w przegrodzie, krew bowiem, mając krótką drogę przez otwór w przegrodzie do tętnicy głównéj, nie zbacza do tętnicy płucnéj, która zanika jak np. przewód Bolalla.

W naszym przypadku żadna z teoryj nie tłumaczy zjawisk przytoczonych dostatecznie; może najbardziéj zbliżone jest tłumaczenie Duscha i Meckele razem.

Jak się rzecz mogła mieć, wytłumaczy może takie rozumowanie. Położenie prawidłowe naczyń dowodzi, że przegroda komór była gotowa, gdy sprawa zapalna mięśnia ser-

cowego miała miejsce, w każdym razie w bardzo wczesnym okresie życia płodowego musiała się ta ostatnia odbyć. Wiadomą jest rzeczą, że w przegrodzie ukończonéj pozostają małe ubyty. Sprawa zapalna mięśnia sercowego spowodowała zwężenie ujścia tętnicy płucnéj, a powtórne, jak to bywa, sprawy zapalne, które z upodobaniem około już zajętego miejsca się usadawiają, zwiększyły zwężenie. Skutkiem utrudnionego odpływu krwi do tętnicy płucnéj, a zwiększonego parcia krwi z prawéj komory ku tętnicy płucnéj, otwór w przegrodzie istniejący, zwiększał się. Dowodem tego jest bardzo silne utkanie bliznowate około zwężonego ujścia tętnicy płucnéj, dowodem tego są także analogiczne sprawy, jak te małe otwory nieprawidłowe, powstałe przez sprawę zapalną np. w zastawkach, które prąd krwi rozszerza. Utkanie zalążkowe jest miękkie i podatne, czyż nie mógł prąd krwi istniejący w takiem utkaniu otwór rozszerzyć? z tych samych powodów t. j. z powodu komunikacyi między komorami zanikł przewód Batalla. Że zastawek półksiężycowych tętnicy płucnéj jest dwie, jest to rzeczą obok tego istniejącą, obojętną zresztą.

Rzecz więc tak by się przedstawiała, że wada opisana jest w każdym razie ustrojową, którą wadę w rozwoju przebytą sprawa zapalna za życia płodowego w okresie bardzo wczesnym, a może późniéj się powtarzająca, zwiększyła do znacznych rozmiarów.

II. Urazowe (trauma) czy kiłowe zapalenie oka?

Rzecz miana na walném Zgromadzeniu sekcyi lek. Tow. Przyj. Nauk w Poznaniu dn. 23 czerwca 1881.

Przez Dra Wicherkiewicza.

(Dokończenie. Patrz Nr. 35).

Niech mi będzie wolno choćby w kilku głównych zarysach przebieg i skutek leczenia opisać.

Kuracyja polegała głównie na wcierkach 4,0 szaruchy, poceniu się odwarem drewkowém (*species ad decoctum lignosum*). Nadto wkładano za powiekę maść z atropinu, raz lub dwa razy dziennie, podawano choremu chloral z powodu zupełnéj bezsenności, będącéj następstwem silnych rzęskowych bólów. Z początku robił chory także i okłady z lodu, które jednakże prędko musiały być odstawione, ponieważ przykre sprawiały uczucie.

Już po kilku dniach stan oka znacznie zaczął się polepszać a 10 kwietnia, zatém w 8 dni po rozpoczętéj kuracyi, zapisałem sobie następujące uwagi:

Chory otwiera oko dobrze, czuje się znacznie swobodniejszym, skarży się tylko na łzawienie. Otok oczny (*hypopyon*) znikł całkiem, a żrenica zupełnie okrągła, znacznie rozszerzona, tęczówka jeszcze obrzękła, tak jak i spojówka gałki. Ból oka, będący najsilniejszym w nocy, nie opuszcza jednakże chorego prawie wcale, a silne dawki chloralu mało mają wpływu na uśmierzenie tegoż.

Nie zmieniając w niczem terapii, dodano tylko do chloralu jeszcze wyciąg makowca, który znakomicie w połączeniu z chloralem (0,03 na 2,0 chlor.) chorego uspokaja. Zwrot ten ku polepszeniu nie trwał zbyt długo, bo już 15 kwietnia nastąpiło znowu pogorszenie. Czerwoność oka całego wzmogła się, łzawienie i światłowstręt stały się nieznośnemi a żrenica węższą, dotykanie bolesne, a szczęśliwe połączenie makowca z chloralem już także mniéj szczęśliwie dopisywało, lubo nie pozostawało bez wpływu na poskramianie bólów rzęskowych zawsze w kilka godzin po użyciu powyższéj dawki powstających.

Zmianę tę w stanie oka chory przypisuje potajemnemu usiłowaniu pisania listu.

Gdy dnia następnego zapalenie jeszcze się wzmogło kazałem przystawić 10 pijawek do skroni, a gdy mimo tychże do dnia 20 kwietnia stan oka nie tylko się nie polepszył, lecz przeciwnie coraz stawał się groźniejszym, co się między innemi i tém objawiło, że zwyczajne przekrwienie spojówki przechodziło w znaczną nabrzękłość (*chemosis*), gdy ból ustępujący po chloralu na kilkanaście godzin, zawsze znowu powracał równie silny jak przedtem, skłonność do potów była ustawiczna, a osłabienie ogólne i brak łaknienia kazały się obawiać zbytecznego wycieńczenia sił, gdy wreszcie usposobienie chorego, z natury wesołe, znikło w obec nasuwających się czarnych myśli, trudno było będąc nawet przekonanym o skuteczności dawniejszych środków, nie sięgnąć po nowe. To też dotychczasowy sposób leczenia o tyle zmieniłem, że prócz wcierań szaruchy dostawał chory 1 grm. jodku potasowego dziennie, zamiast atropinu maść eserynową w oko, nadto maść jodoformową naokoło oka; dla powstałego zaś silnego kataru nosa podałem do wąchania olejek terpentynowy. Nadto przepisałem ciepłe kąpiele na nogi, a dla poskromnienia występującéj *stomatitis mercurialis* następujące krople jako dodatek do wody do płukania:

Rp. *Jodi puri 0,5*
Acid. carbol. 2,00
Spirit. vini 30,0
MDS. 20 kropli na pół szklanki wody.

Przy tak zarządzoném leczeniu trudno sądzę mnie posądzić o nihilistyczne dążności w lecznictwie.

Ale czy téż skutek odpowiedział środkom zarządzonym?

Sądzę, że najzupełniéj, bo już nazajutrz widoczne było polepszenie, co zresztą przed zbadaniem oka nawet usposobienie chorego zdradzało.

Ztąd téż mogłem 21 kwietnia zapisać następujące uwagi:

noc bardzo spokojna, sen mocny i pokrzepiający, oko na pierwsze wejrzenie znacznie wolniejsze od światłowstrętu, a tém samém i ścisku powiek, mniéj się łzawi a nastrzyknięcie spojówki o wiele słabsze, tęczówka mniéj nabrzmiała i przekrwiona, żrenica zwężyła się nieco pod wpływem eseryny, dotykanie nie jest bolesne, a ciecz przedniéj komórki dotąd mętna, staje się czyściejszą. Dodaję nadto, że jątrzące się guziczki w okolicy wzgórka łonowego zaczęły schnąć i łuszczyć się. Ucho, na które przykładano tylko maść karbolową, poczęło od brzegu pokrywać się świeżym naskórkiem, różyczka zbladła także.

Odtąd polepszenie jednostajnie robiło postęp, chory odzyskał swoje dawniejsze wesołe usposobienie, a 26 oko tak dalece wydobrzało, że tylko mało co różniło się od stanu zdrowego oka, pomijając zmiany wywołane owym odłamkiem kapsli, wzrok zaś wynosił na lewém oku $^{6}/_{36}$. Stwardnienie tkankowe żołędzi znacznie zmniejszyło się. W miarę ustąpienia stanu zapalnego oka, poprawiał się także stan ogólny, do czego wzmagające się łaknienie nie mało się przyczyniało.

Dla utrwalenia zdrowia chory używał téj saméj kuracyi daléj, aż do 29 kwietnia, w którym to dniu opuścił zakład.

Dnia 3 maja, gdy chorego ostatni raz widziałem, mógłem zapisać: chory czuje się zupełnie zdrowym, wygląda silnie, a oko lewe, we wszelkich poruszeniach wolne, naj-

mniejszego nie zdradza podrażnienia, źrenica okrągła dosyć swobodnie oddziałuje na światło.

V pr. 6/5—4 Hp. 0,5
l. 6/24 Em.

Wysłuchawszy z cierpliwością opisu powyższego, który jak przyznaję, nad zamiar stał się rozwlekłym, zarówno zemną podzielicie Panowie przekonanie, że przyjemnemu złudzeniu oddać by się mógł ten, który wyłuszczywszy chore lewe oko, widziałby potem prawe w dobrym stanie, sądząc, że wczesnėm wyłuszczeniem pierwszego ocalił drugie!

A czyż mógłby go spotkać zarzut zbytniéj gorliwości? zarzut, że pozbawił człowieka oka, które posiadało jeszcze wzrok do pewnego stopnia? I tak i nie:

Nie mógłby być wolnym od zarzutu powiedzą jedni i to słusznie, bo przed przystąpieniem do rękoczynu takiego, jakim jest wyłuszczenie gałki czynnéj jeszcze, warto użyć środków, za których skutecznością przemawiają ślady pochodzenia zapalenia.

Zresztą u prawego oka nie było jeszcze objawów, któreby parły do wyłuszczenia gałki; boć łzawienie, światłowstręt a nawet przekrwienie spojówki towarzyszą prawie zawsze obydwu oczom, skoro tylko zapalenie jedego nieco silniejszéj jest natury.

Wolnym od winy! zawołają inni, a także nie bez słusznego powodu, gdyż ogólna zasada oparta na smutnych nieraz doświadczeniach wymaga, ażeby poświęcić najprzód dotknięte oko, chociażby nawet część wzroku temuż jeszcze pozostała, skoro tylko wiemy, że ciało obce pozostało w gałce, ponowne zapalenia wywoływać może.

Ja jednakże z méj strony zapytałbym czy w moim przypadku tak samo jak i w podobnych jest pewność, że to ciało obce pozostaje istotnie w gałce?

Wszakżeż wiadomą jest rzeczą, że ciała obce z wielką siłą z niezbyt wielkiéj odległości ciśnione ku gałce, przebiwszy wszystkie jéj błony, osiadają po za nią.

Nie mniéj wiadomo jest, że inne, pozostając nawet w gałce, mogą się w niéj tak zasklepić, że przy spokojnėm zachowaniu się chorego, bezkarnie tamże przebywają.

Wiele nadto przypadków znanych, gdzie oko, mające być dla uniknięcia sympatycznego zapalenia wyłuszczone, wyzdrowiało, chociaż nawet nie było takiego połączenia urazu z kiłą, jak w moim przypadku, a zdrowe oko zdrowėm pozostało.

Przyznaję zresztą, a uczyni to każdy ze mną, kto tylko przejdzie kazuistykę sympatycznych zapaleń, że wskazówki do wyłuszczenia, w pewnych mianowicie razach nie są wcale łatwe. Jednakże i tu pamiętać powinniśmy na to, byśmy się zbytnią nie dali porywać gorliwością pewnego angielskiego, bardzo zresztą znanego i zasłużonego oftalmologa, o którym wieść niesie, że trudno mu zasnąć, jeśli minie dzień, w którym nie uskutecznił choćby jednego wyłuszczenia gałki.

Ne quid nimis, niechaj i pod tym względem będzie naszą zasadą, a wyczekująco możemy się tym więcéj w podobnych przypadkach zachować, jeżeli chory, u którego oko sympatyzowane nie przedstawia jeszcze żadnych grożących objawów, żyje w dobrych warunkach i często może lekarzowi się przedstawić.

III. Oceny i sprawozdania.

Dr. Wenanty Piasecki: **Stosunek hydroterapii do innych metod leczenia**. Lwów 1880.

Broszura o 37 stronnicach nosi powyższy tytuł. O jakich metodach leczenia autor chce mówić? Z dalszéj treści domyślamy się, że ma tu on na myśli allopatyję i homeopatyję, którym przeciwstawia metodę leczenia hydryjatycznego. Dla racyjonalnego lekarza dziś może być jedna tylko metoda leczenia, metoda odpowiadająca zapatrywaniom naszym na istotę chorób. Choroba jest zboczeniem pewnych czynności fizyjologicznych, a więc i leczenie może być jedynie fizyjologicznėm. Lekarz nie może się powodować jednostronnėm upodobaniem ku pewnéj grupie leków; czy takowe działają chemicznie na ustrój ludzki, czy działanie ich jest czysto fizycznėm, lekarz pierwsze i drugie przyjmuje do swego skarbca z wdzięcznością. Wartość leków polega na mniéj lub więcéj pewnym i ścisłym ich wpływie na pewne czynności ustroju, na ważności regulowania niemi zboczonych czynności fizyjologicznych. Różnorodność pochodzenia leków nie może między niemi pod względem terapeutycznym stanowić przepaści i nikt téż nie mówi dziś o metodzie leczenia środkami chemicznemi w przeciwstawieniu do metody leczenia środkami fizycznemi itp. Nie ma metod, lecz jest terapija racyjonalna. Jeżeli autor ze zgrozą mówi o trucicielce allopatyi a na jéj miejsce forytuje wszechwładną hydroterapiję jako metodę leczenia, to jest to czysta frazeologija. Woda w różnych swoich postaciach jest jednym z środków lekarskich podobnie jak rtęć lub wronie oko. Umiejętność użycia tego środka, czyli dozowania przywiązanego do niéj cieplika, w różnych chorobach, jest hydroterapiją. Moglibyśmy tak samo mówić o hydrargyroterapii itp. Większy lub mniejszy zakres chorób, w których środki użyte być mogą, nie zmienia istoty rzeczy.

Autor zaopatrzony w hydroterapiję rzuca klątwę na inne sposoby leczenia, nadając środkom farmaceutycznym epitet nienaturalności. Z pod klątwy wyjmuje łaskawie elektroterapiję, jako środek równie naturalny jak hydroterapija. Czy na taki związek siostrzany elektroterapija się zgodzi, nie wiem. Dzisiejsi lekarze leczą środkami nienaturalnemi (więc nadprzyrodzonemi?), a ojciec Hippokrates powiedział: *natura sanat, non medicus*, a zatém precz z dotychczasową medycyną, górą hydroterapija! .. *quod erat demonstrandum*. Że dzisiejsza medycyna (autor nazywa ją allopatyją) nic a nic nie pomaga (umie tylko spędzać robaki), rzecz prosta; „po zwalczeniu ostréj choroby allopatycznemi środkami zawsze pozostaje w ustroju niemoc wymagająca dłuższego okresu rekonwalescencyi, a nierzadko w skutek przesycenia lekami po przeszłéj ostréj chorobie następuje w ślad chroniczna“ (str. 32). Zgroza! Na szczęście ta ostatnia „usuwa się po odbytéj kuracyi wodoleczniczéj“ (tamże). Tak więc za hydroterapiją przemawia wszystko, za innemi metodami nic prócz nieszczęśliwych robaków. „Allopatyja (ma znaczyć: dzisiejsza terapija) używa tak ostrych leków, iż organizm po zwalczeniu saméj choroby, ma potém częstokroć (więc nie zawsze?) przez długi czas do czynienia, aby się uwolnić od chorób chronicznych zadanych przez leki farmaceutyczne“ (str. 33). Hydroterapija zaś zawarła ścisły sojusz zaczepno-odporny z „leczniczą siłą ustroju“ (jakaś nowa choć odgrzewana siła) do pokonania choroby, a co bardzo ważne, „woda znajduje się w każdym domu.“—

Broszura ma właściwie dwa tytuły; jeden na okładce, który wyż podaliśmy, drugi na pierwszéj stronnicy tekstu: w których chorobach wskazane wodoleczenie? O stosunku hydroterapii do innych metod leczenia dowiedzieliśmy się, że autor każe hydroterapii jako naturalnéj, zrywać wszelkie stosunki z medycyną nienaturalną; co się zaś tyczy wskazań hydroterapii, to „wodoleczenie da się z wielką dla chorych korzyścią i błogiém dla lekarza zadowoleniem stósować do wszystkich chorób, do każdego wieku i obojéj płci“ (str. 34).

Umiemy cenić wysoko leczniczą wartość zabiegów hydryjatycznych, dla tego boli nas to, że autor podobném traktowaniem dyskredytuje ją wielce. Nauka lekarska jest nauką przyrodniczą i wymaga traktowania ściśle przyrodniego. Czyjeś przekonania, choćby i pod słowem honoru podane, nikogo nie przekonują; nie pomoże tu i zapewnienie, że dziś już zajmuje się hydroterapiją „kilkunastu znakomitych nawet doktorów medycyny,“ ani umieszczona w broszurze *in extenso* rozczulająca autobijografija autora (str. 9, 10, 11 i 12), z któréj ma wynikać, że autor jest „kapłanem téj sztuki, któréj celem jest ulżenie cierpieniom ludzkości,“ tudzież że postanowił „obecnie“ „żyć z téj sztuki, idąc za wzniosłym przykładem pierwszych krzewicieli chrześcijaństwa, którzy służąc kościołowi całą duszą i ciałem, z kościoła też i żyć się nie wahali“ (str. 12).

Dla kogo ta broszura? Jeśli dla publiczności nielekarskiéj, to jest wielce bałamutną, bo naszą publiczność chcieć wciągać w zawieruchę wyimaginowanych sporów polemicznych między metodami leczenia, gdy taż publiczność nie ma jeszcze pojęcia o głównych zasadach prostéj higijeny, jest to brzęczyć jéj nad uszyma grzechotką pustych słów, tworzyć pomięszanie pojęć i tak nieustalonych. Dla lekarza broszura ta nie ma żadnéj wartości, a dla hydroterapii ma wartość ujemną, bo może tylko zniechęcić do zajmowania się literaturą treści hydroterapeutycznéj. *St Sm.*

A. R Simpson and D. Bery Hart (Edinburg): **O stosunkach narządów brzucha i miednicy.** Edinburg, W. A. K, Idenston, 1881.

Dzieło opatrzone pięknemi rycinami oryginalnemi, zdjętemi ze zwłok zamrożonych w położeniu semipektoralném, na sposób używany ogólnie przez gynekologów angielskich i amerykańskich. Po omówieniu sposobu zamrażania zwłok, autor wyłuszcza różnice w stosunkach narządów miednicy przy położeniu kobiety na wznak, jak to u nas jest w użyciu, a przy położeniu na bok lewy i pół piersi, jak układają lekarze angielscy.

Dzieląc miednicę według Harta na *pars pubica* i na *pars sacralis*, przy położeniu bocznêm okazuje się, że *pars pubica* oddala się od *pars sacralis* i że pochwa rozszerzoną jest powietrzem. Tłuszcz *regionis retropubicae* wydłuża się i położony jest w całości nad kością łonową; przednia ściana pęcherza moczowego twarzy z cewką moczową kąt rozwarty; pęcherz próżny leży nad liniją łączącą szparę sromową z miejscem gdzie się schodzą 3ci i 4ty krąg kości krzyżowéj, a otrzewna przechodzi na szczyt męcherza w wysokości 3,5 centim. nad spojeniem kości łonowych.

Na odwrót w położeniu choréj na wznak tłuszcz *regionis retropubicae* w kształcie trójkąta położony po za spojeniem kości łonowych, a cewka z przednią ścianą męcherza stanowi kąt prosty, otrzewna przechodzi na męcherz w wysokości spojenia, a próżny męcherz leży niżéj linii wpierw wymienionéj. Powierzchnia wchodu miednicy leży prawie równolegle z poziomem, czyli kości łonowe opadły ku brzuchowi, a osi podłużne pochwy, cewki i odbytnicy stanowią promienie, gdyż żadna z wchodem miednicy nie biegnie równolegle.

W innym rozdziale autor określając znaczenie kliniczne położenia bocznego, polemizuje z Campbellem, wykazując, że macica na tył pochylona, przez rozszerzenie pochwy powietrzem, nie zwraca się naprzód sama. Przeciwnie, pierwszym rezultatem ma być jeszcze zwiększenie tyłopochylenia, a Campbell może mieć słuszność tylko w tych razach, gdzie patologicznie powiększona macica tak leży, że szczyt jéj punktu ciężkości leży przed osią macicy obrotową poprzeczną.

Dzieło to zajmujące jest nader cennym przyczynkiem do skreślenia stosunków fizykalnych narządów miednicy i poleca się każdemu dążącemu do znajomości tychże.

Dr. Kohn.

Wiadomości pomniejsze.

(A. K.) Dr. Neisser przestrzega przed **nadużywaniem naftolu**, któremu zresztą nie zaprzecza skuteczności; poszukiwania i doświadczenia na zwierzętach przekonały Neissera, że cenny ten lek posiada własności trujące, że wywołuje hemoglobinuryję. Króliki ważące 100 grm. ginęły po zastrzyknięciu podskórném 1.0; psy, których waga wynosiła 4.500 grm. nie wytrzymywały 1.5 grm. i ginęły po upływie $2\frac{1}{2}$—12 godzin. (*Centralbl. f. d. med. Wissensch.* Lipiec 1881).

(A. K.) Dr. Korn **używa rozczynu chloralowego w glicerynie przeciw błonicy** od lat dziewięciu i zawsze z powodzeniem; rozczyn 15—30% stósuje się na części zajęte za pomocą pędzelka co 2 godziny w ciągu dnia, gdyż z wyjątkiem ciężkich przypadków, Korn zawiesza pędzelkowanie na noc. Smarowanie odbywa się z tyłu ku przodowi, ażeby chory jak najmniéj połykał leku. Rozczyny po nad 30% należy stósować laseczką, któréj koniec obwija się płótnem. (*Allg. med. Centr. Zeitung*, Czerwiec 1881).

(A. K.) **Jodoform, jako środek narkotyczny** używa Windelschmidt **w drgawkach dzieci.** Autor używa jednéj z następujących recept: 1) *Jodoformii 0,5—0,1, Kali jodati 4,0, Vini tokayens. 10,0 DS.* Trzy razy dziennie w winie tokajskiem od 3 do 15 kropli zażywać. Albo téż: 2) *Jodoformii 0,5, Aetheris sulph. 9,5. Vini tokayens. 10,0. DS.* Trzy razy dziennie 3—10 kropel w winie tokajskiém zażywać.

W roku jeszcze przeszłym zauważył Sigmund, że u kiłowych jodoform działa jako lek odurzający; dla wywołania snu Sigmund podawał 2,0 *pro die.* (*Allg. med. Centr. Zeitg.* Czerwiec 1881).

(A. K.) Fauvel zbadał **brodawki sutkowe** i w 28 razach na 31 znalazł, że mleko zawarte w brodawkach było kwaśne, cuchnące; pod drobnowidem F. wykrył bakteryje i prątki, a ciałka tłuszczu przybrały kształt gruszkowaty. (Należałoby, ażeby odkrycie Fauvela pociągnęło za sobą praktyczne skutki, o których każda matka, a nawet każda gospodyni ze względu na nabiał, powinna dobrze wiedzieć. *Sprawozd.* (*Bull. de l'Acad.* stron 613—615).

(A. K.) Dr. Delens **leczy opadnięcie prostnicy przyżeganiem kw. azotowym dymiącym**; metoda ta jest używaną w Anglii przez Allinghama; polega ona na przyżeganiu opadniętego jelita rzeczonym kwasem i następowém jego zreponowaniu. Delens sądzi, że sprawa zapalna udziela się i tkance podśluzowéj, gdzie wytwarzają się zrosty, przeszkadzające ponownemu opadnięciu.

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Walne zebranie sekcyi lekarskiéj Tow. Przyj. Nauk Poznańskiego.

z dnia 23 czerwca 1881 r.

(Dokończenie. Patrz Nr. 34.)

Kol. Wicherkiewicz: Ponieważ w pięknym swoim i zajmującym odczycie dotknął kol. Kaczorowski wpływu, jaki dziąsła i na oczy wywierają, pozwolę sobie przeto kilka przynależnych uczynić uwag.

Coraz to więcéj mnożą się przypuszczenia, że drażnienie dziąseł i zębów zkądkolwiek bądź by pochodziło, może wywołać najrozmaitszego rodzaju cierpienia ócz.

I tak dostrzeżono cierpienia zapalne spojówki, a mianowicie pęcherzykowe, w skutek drażnienia dziąseł przy ząbkowaniu; inni badacze spostrzegali niedowidzenia i ślepoty, które po wydobyciu pewnych zębów chorych, ustępują albo zmniejszają się. Pomijam naturalnie tutaj zupełnie to, iż zwracano, i to słusznie, uwagę na pewne choroby oka jak np. *keratitis parenchymatosa, cataracta lamellaris* (Hutchinson), które pojawiają się równocześnie z pewnemi zboczeniami w formacyi zębów.

Sądzę, że nikomu nie przyjdzie na myśl dopatrzeć zależności choroby ócz od zboczeń w układzie zębów, ale raczéj uważać należy jedno i drugie za wypływ wspólnéj przyczyny, którą być może kila lub krzywica.

Nie wchodzę również w to, o ile liczne podania, mające stwierdzić zależność jednego cierpienia od drugiego zasługują, na bezwzględną wiarę, rzecz jednak o tyle pewna, że obraz jaki w skutek cierpienia zębów na nerwie wzrokowym i na siatkówce się rozwija, jest dla nas dotąd jeszcze bardzo zamglony, naturalnie w przenośném znaczeniu.

Autorowie zaś, którzy w ogóle jakiegoś związku między jedném a drugiém cierpieniem się dopatrzyli, wyraźnie niekiedy to podnoszą, że za pomocą wziernika nic nie było można rozpoznać. W innych jednakże przypadkach widziano zmętnienia siatkówki, a nawet chciano zauważyć zanik nerwu wzrokowego.

Zważywszy, że silne nerwobóle w najrozliczniejszych gałęziach nerwu troistego mogą pochodzić od chorych korzeni zębów, zważywszy nadto, że silne nerwobóle nerwu troistego mogą wywołać łzawienie i nastrzyknięcie spojówki, a nawet nabrzmienie téjże, zapytamy się może nie bez słuszności, dla czegoby tém samém prawem nie miały powstawać przy szczególnie szczęśliwych, lub powiedzmy raczéj nieszczęśliwych okolicznościach pewne zmiany w siatkówce, w nerwie wzrokowym i w tkance łącznéj oczodołu, zmiany, które należałoby uważać jako następstwo silnych zajęć nerwu trójdzielnego, a tém samém chorób dziąseł?

W ogólności, jak łatwo odgadnąć, zależność jednego cierpienia od drugiego tłumaczy się sposobem zwrotnego działania, a Métras dzieli cierpienia oczne, powstałe przez choroby zębów, na 3 klasy:

1) Na takie, które pochodzą od zboczeń naczynioruchowych, a do tych zalicza: zboczenia w odżywieniu i przypadłości amaurotyczne.

2) Takie, które pochodzą od zboczeń czucia jako to: nerwobóle, osłabienie wzroku w skutek zbytniego rozdrażnienia.

3) Na cierpienia takie, które odznaczają się zboczeniami w ruchomości (*Motilitäts-Störung*) jako to: kurcze mięśni tak powiek jakoteż oczodołu i gałki.

Według tegoż autora do cierpień zębów, które oko pociągają także do współcierpienia, zaliczyć wypada: próchnienia zębów, trudność ząbkowania, obrażenie zębodołów przy wyrywaniu zębów, zapalenia okostnéj i dziąseł wywołane sztucznemi zębami.

Rozumie się samo przez się, że przeważnie zęby górnéj szczęki, a pomiędzy temi zęby trzonowe, wywierają swój wpływ na oko.

Co do ząbkowania, to zdaje mi się, że różne okresy ząbkowania stają się przyczyną różnych chorób ocznych, a Gałęzowski, odróżniając cierpienia te, które powstają w skutek ząbkowania od cierpień wywołanych cierpieniem zębów, poszczególnym okresom ząbkowania przypisuje wyraźnie pewne chorób rodzaje.

Mówiąc ze stanowiska okulistycznego o tym przedmiocie, który prelegent sobie w szerszych rozmiarach do swego odczytu obrał, trudno mi pominąć pracę Schmidta.

Z 92 przypadków cierpień zębów badanych przez niego wykazało się:

1) że w skutek chorobliwego drażnienia wiązków ząbkowych nerwu troistego mogą powstać większe lub mniejsze ograniczenia akomodacyi.

2) Ograniczenia te są jedno- lub obustronne, w pierwszym przypadku powstają zawsze po stronie chorego zęba.

3) Ograniczenia te akomodacyi najczęściéj zachodzą w młodym wieku, w późniejszym wieku nie pojawiają się, albo wcale, albo téż rzadko.

Tłumaczą się one według Schmidta powiększoném naprężeniem wśródgałkowém, spowodowaném zwrotném drażnieniem nerwów naczynioruchowych.

Pomnożone zaś naprężenie wśródgałkowe (*Glaucoma*), jak wiadomo, osłabia akomodacyę, które to osłabienie objawia się tém, że punkt blizkości oddala się od oka.

Stopień ograniczenia zaś był w przypadkach Schmidta rozmaity, wyższym u młodych, mniejszym u starszych osób.

Przytoczyłem pokrótce tylko trzech autorów zajmujących się przedmiotem w mowie będącym.

Liczba ich jest jednakże wiele znaczniejszą. Pomijam ich jednakże, bo jak słusznie Foerster zauważył, to kazuistyka pod tym względem jest niedokładną i odznacza się raczéj liczbą znaczną, aniżeli głębokością poglądów, tak że wniosków pewnych z téj kazuistyki co do sposobów, w jakim wiązki nerwowe biorą udział przy cierpieniach zębów, wysnuwać nie można.

Co do mnie, to wyznaję, że nie miałem ani jednego takiego przypadku, w którymbym z całą pewnością, zęby lub dziąsła chore o wywołanie cierpienia ocznego posądzić się odważył. Przyznaję jednakże, że nie spuszczając z uwagi, przy rozpoznawaniu chorób prawie nigdy jamy ust, niekiedy zdawało mi się, że zepsute zęby lub chore dziąsła wpływ wywierają na przebieg cierpienia ocznego, tak że lecząc pierwsze skracałem niewątpliwie lub uśmierzałem drugie. Daleki jednakże jestem z drugiéj strony od chęci zaprzeczania możności zupełnéj zależności obydwóch chorób.

Co do przypadku zacytowanego przez kolegę K. to godząc się na tłumaczenie pierwotnéj przyczyny powstania zapalenia, w którego następstwie i rogówka tak uporczywie zajętą została zwraca jednakże kol. Wicherkiewicz uwagę na to, że w tym przypadku ostatecznie chodzić mogło o zapalenie tak zwane *keratitis neuroparalitica*, a to tém bardziéj, że prelegent sam wspomina, iż rogówka była nieczułą.

Następuje odczyt kol. Wicherkiewicza o sympatyczném zapaleniu oka. Odczyt ten również osobno umieści Przegląd Lekarski.

Na tém porządek obrad został wyczerpnięty i przewodniczący po trzygodzinném trwaniu posiedzenie zamknął.

Po posiedzeniu udali się zebrani koledzy na wspólną kolacyę, przy któréj mile i przyjemnie kilka godzin spędzono.

Dr. Święcicki.

V. Wiadomości bieżące z zakładów klinicznych w Erlandze i Tübindze.

Podał Dr. W. Jaworski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 35.)

Nie mniejsze jak do sondowania żołądka ma prof. Leube zamiłowanie do przekłuwania klatki piersiowéj. Wypuszcza on każdą wypocinę opłucnową, skoro tylko gorączka zaczyna opadać. Widziałem np. przypadek u 25-letniego mężczyzny, u którego trzy razy w kilkudniowych odstępach zrobiono punkcyę z powodu nagromadzającego się wysięku opłucnowego i za każdym razem wypuszczono do pół litra zupełnie przejrzystego płynu. Jako przeciwskazanie do takiéj punkcyi stanowi tu jedynie obecność większych nacieków w miąższu płuc lub jamy rozpadowe. Jednak i taki przypadek nie wychodzi z kliniki, aby na nim nie zrobiono punkcyi próbnéj dla zbadania mikroskopowego. Był nawet przypadek, że u indywiduum z naciekami szczytowemi zrobiono punkcyę

z powodu utrudnionego oddychania przez wysięk opłucnowy, chociaż się okazało, że wypływająca ciecz była krwawo zabarwiona. Punkcyję klatki piersiowéj wykonywa się tu w bardzo prosty sposób: w postawie siedzącéj lub stojącéj chorego wbija zwykle uczeń podczas wykładu trójgraniec Schuha, opatrzony zwilżonym ochraniaczem, w miejsce wprzód wypukiem oznaczone i pozostawia się go tutaj tak długo, aż ciecz przestanie wypływać.

Z przypadków chorób piersiowych obecnie na klinice znajdujących się, zasługuje na uwzględnienie następujący: u 45-letniego robotnika szewskiego znajduje się w samym środku mostka guz wielkości cytryny pokryty skórą prawidłową, miękki, sprężysty, niebolesny przy ucisku, dający się wtłoczyć do klatki piersiowéj. Przy ruchach oddechowych i kaszlu zmienia on swoją objętość. Wypuk na niem bębenkowy. Chory doznaje przypadów duszności i podaje, że guz zaczął powstawać od pół roku Postawiono rozpoznanie: *hermia pulmonum* i zastósowano ucisk za pomocą plastrow i opaski, przez co chory doznaje podmiotowo ulgi.

O ile do powyższych dwóch rękoczynów panuje tu pochopność, o tyle okazuje tutejsza szkoła do pewnego stopnia niechęć do katateryzowania pęcherza, a prof. Leube dozwala tylko w koniecznych przypadkach uciekać się do cewnika. Okoliczność tę tłumaczą doświadczenia, przedsiębrane przez Dra Fleischera z moczem w pracowni chemicznéj tutejszéj kliniki. Mocz bezpośrednio z cewki moczowéj wpuszczony pod czystą rtęć zostaje nie zmieniony, i widzę tutaj naczynia z moczem rtęcią zamknięte od kilku tygodni pozostawione, bez wywiązania bańki gazu lub zmiany barwy. W naczyniach zaś, gdzie wpuszczono tylko bańkę powietrza atmosferycznego zbiera się gaz wywięzujący się z moczu nad powierzchnię płynu i ciecz się mąci. Ztąd twierdzi prof. Leube, że *cystitis* z następowym rozkładem moczu tylko przez dostanie się powietrza do pęcherza występuje. Dlatego kateteryzuje on z zachowaniem wszelkich antiseptycznych ostrożności.

Z chorób narządu moczowego zasługuje na wzmiankę szczególny przypadek, dotyczący 21-letniego żołnierza, zupełnie przedmiotowo w zwyczajnych okolicznościach zdrowego. Skoro jednak odbędzie on musztrę, lub przez dwie godziny wykona szybką przechadzkę po ogrodzie, mocz, przed tem barwy żółtéj, staje się pomarańczowo-czerwonym i oprócz białka wykazuje w przyrządzie widmowym hemoglobinę. Jest to więc bardzo rzadki przypadek *albuminuria intermittens cum hemoglobinuria.* Przypadek ten służy do doświadczeń celem rozstrzygnięcia pytania, jakie szczególne okoliczności wpływają na przesiąkanie hemoglobiny w kłębkach Malpighiego.

Przechodzę teraz do skreślenia kilku szczegółów z kliniki wewnętrznéj prof. Liebermeistra w Tübindze. Przedstawia się tam obraz nieco odmienniéj. W górzystéj okolicy wśród uroczych winnic wznosi się dwupiętrowy, nie tylko obszerny, wygodny, ozdobny, ale nawet z przepychem urządzony gmach, który zewnętrznie wygląda raczéj na przybytek muz, jak na padoł płaczu i nędzy ludzkiéj. Gmach ten mieści w swych ozdobnie urządzonych salach miejsce na 80 chorych. Charakterystyka chorób przedstawia się odmienniéj, niż w Erlandze. Podczas gdy tutaj kultywują choroby trzewiów brzusznych, w Tübindze lubują się w chorobach klatki piersiowéj szczególniéj płuc i w chorobach gorączkowych. To też z tych kategoryj chorób najwięcéj okazów, i w tym kierunku przeważają urządzenia kliniczne. Dla pierwszych jest urządzony obszerny przyrząd respiracyjny na 5 osób z fabryki Schramberga. Jest to walec żelazny na 2 m. średnicy a 2 m. długości, hermetycznie się zamykający, wewnątrz z dwoma ławkami i stolikiem. Do niego wtlacza lub wprowadza się za pomocą machiny parowéj powietrze atmosferyczne we większéj ilości. Tego przyrządu używają tam szczególnie dla emphysematyków polecają im przebywać w powietrzu $1\frac{1}{3}$—$1\frac{1}{2}$ atm. zgęszczoném przez $\frac{1}{2}$ godziny dziennie i chwalą, że przypadłości podmiotowe ustępują. Dla drugich posiada klinika rozmaitego rodzaju wanny przenośne i stałe w łazienkach suterenowych. Wanny są połączone z rurami do natrysków zimnych. Same przyrządy natryskowe są tego rodzaju, że używający je, może małą ilością wody przedłużać dowolnie natryskiwanie, co ma znaczenie przy użyciu roztworów. Polega to na tém, że za pomocą pompy tłoczącéj, woda na dno spadająca może się znów w górę podnosić. Materyjał do zastósowania kąpieli zimnych jest jednak tak w Tübindze jak i w Erlangen bardzo skąpy, gdyż choroby ostre a szczególniéj zakaźne są tu bardzo rzadkie. Przez cały rok jeden przypadek duru brzusznego. Duru plamistego i ospy nawet asystenci na klinice jeszcze nie widzieli. Przypadków zimnicy przez cały rok było trzy, a powiększoną śledzionę uważają tu za jeden z najważniéjszych momentów rozstrzygających o charakterze zakaźnym choroby. W tych dniach pojawił się wreszcie jeden przypadek ostréj choroby tj. dławcowe zapalenie płuc, to téż bywa codziennie aż do znużenia zużywany jako materyjał okazowy. Suchoty płucne również są tu rzadkie. Widziałem dotąd tylko dwa przypadki: jeden w klinice stałéj drugi w poliklinice. Fakta te pozwalają wnioskować o dobrych stosunkach higijenicznych, dobrém żywieniu się ludności. Do specyjalnych chorób tutejszéj okolicy należy rtęcica przewłoczna z tego powodu występująca, że w okolicy a szczególniéj w sąsiedniém mieście Fürth znajdują się rozległe fabryki zwierciadeł. Wybitnych objawów zatrucia nabawiają się robotnicy już w kilku tygodniach po wstąpieniu do fabryki. Wybitniejsze przypady zatrucia jak drżenie odnóg, bóle w kościach, ślinotok usuwają tu przez łaźnie parowe lub kąpiele ciepłe, przeciętnie w przeciągu 4 tygodni; w uporczywych przypadkach używają także jodku potasowego. Nawrót choroby następuje zwykle dość prędko, gdyż robotnicy wstępują napowrót do fabryk zachęceni zyskiem 200 talarów miesięcznie.

Z innych klinik, gdzie przypadków szczegółowo nie śledzę, chyba jeżeli to są *curiosa*, pozwolę sobie niektóre w krótkości przytoczyć, gdyż one mogą i szerszą publiczność lekarską zainteresować.

(Dokończenie nastąpi.)

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

*** Sprawozdanie Departamentu V Wydziału krajowego** (Ref. **Dr. Hoszard**).

Koszta leczenia. Na posiedzeniu dnia 21 lipca 1880 r. powziął Wysoki Sejm w przedmiocie leczenia ubogich chorych kosztem funduszu krajowego następującą uchwałę: „Wzywa się Wydział krajowy, ażeby do szpitali powszechnych tyle jedynie przyjmował chorych, na ilu przestrzeń szpitala dozwala, i ażeby przestrzeni tych nie powiększał bez upoważnienia Sejmu.“ „Wzywa się Wydział krajowy, ażeby w celu sprowadzenia wydatków w budżecie krajowym na koszta leczenia ubogich chorych do odpowiedniéj miary, dążył do zaprowadzenia oszczędności w administracyi szpitali powszechnych, a na téj drodze w szczególności do możliwego zniżenia taks szpitalnych“ „Wzywa się Wydział krajowy, ażeby w szpitalach powszechnych przestrzegał ściśle

dopełnienia obowiązków, jakie ciążą na służbodawcach wszystkich kategoryj co do opłacania kosztów leczenia za swoich służących i czeladź.“ W wykonaniu tych poleceń Wysokiego Sejmu wydaliśmy w dniu 27 lipca 1880 r. l. 33.084 okólnik do tych Zwierzchności gminnych i Wydziałów powiatowych, w których obrębie szpitale powszechne się znajdują, tudzież do dyrektorów szpitali krajowych we Lwowie i Krakowie ·/. polecający zarządom szpitalnym, ażeby się do powyżéj przytoczonych uchwał Wysokiego Sejmu jak najściśléj stosowały. W szczególności zaś poleciliśmy, w celu położenia tamy przepełnieniu szpitali i mnożeniu w nich łóżek, oparci na obowiązujących przepisach, ażeby lekarze szpitalni pod osobistą odpowiedzialnością nie przyjmowali do szpitali chorych dotkniętych chorobami czy to nieuleczalnemi, czyli téż przewlócznemi, a nie wymagającemi koniecznie opieki szpitalnéj. Wymieniliśmy przytém te choroby, którem dotkniętych do szpitali przyjmować nie należy. Poleciliśmy także, ażeby, jeżeli w razie zapełnienia szpitali zgłosi się chory, któremu przyjęcia odmówić nie można, bezzwłocznie wydalono ze szpitala bądź to rekonwalescenta, bądź mniéj obłożnie chorego, który bez opieki szpitalnéj już się obejść może. Poleciliśmy również najusilniéj, ażeby chorzy przeznaczeni do operacyi, nie bywali przed operacyją długo w szpitalu przytrzymywani; ażeby ciężarne tylko w nadzwyczajnych wypadkach przed czasem koniecznéj potrzeby były przyjmowane; ażeby wyzdrowieńców jak najprędzéj wydalano; wreszcie ażeby świadectwa ubóstwa jak najściślejszéj poddawano kontroli, a każden wątpliwy wypadek natychmiast do wiadomości Wydziału krajowego był podawany. Zalecając jak największą oszczędność we wszystkich wydatkach szpitalnych, zastrzegliśmy również osobistą odpowiedzialnośc tak zarządców jak lekarzy ordynujących za wszystkie wydatki nieuzasadnione nieuniknioną koniecznością. Powody, które wydział krajowy skłoniły do wykonania polecenia Wysokiego Sejmu wydaniem właśnie rozporządzenia do l. 34.084, a nie innym sposobem, są następujące: Niektóre z chorób tam wymienionych. a któreśmy od przyjmowania do szpitali stanowczo wykluczyli, są nieuleczalne i jako takie wedle obowiązujących przepisów bez tego w szpitalach traktowane być nie powinne, inne zaś jako lżejsze nie koniecznie wymagają opieki szpitalnéj, a bardzo często bywają pozorem do zalegania łóżek szpitalnych przez całe miesiące zimowe, jak np. wrzody przedudzia i żylaki. Jak jedne tak drugie razem wzięte stanowią znaczny procent kontyngensu szpitalnego. Jest więc usprawiedliwione przypuszczenie, że przy zaostrzeniu przepisów co do zbyt długiego przytrzymywania chorych, jeżeli nie zajdą jakie nieprzewidziane a niekorzystne stosunki zdrowotne w kraju, zapobieży się przepełnieniu szpitali i że liczba dni leczenia — pomimo wzrostu ludności — nietylko się nie wzmoże, lecz bez wątpienia zmniejszy. Dotychczasowe, aczkolwiek zbyt krótkie doświadczenie, przekonało nas, że przypuszczenie nasze nie było bezpodstawne Załączone porównanie ilości dni leczenia między r. 1879 a 1880 ·/. wykazuje, że już w roku 1880, chociaż nasze rozporządzenie dopiero w ostatnim kwartale tegoż roku w życie weszło, liczba dni leczenia zmniejszyła się o 65.525 w tych szpitalach, w których się do naszych zarządzeń ściśle stosowano. Wprawdzie w innych wzrosła ona o 37.879, a to z powodu, że te zakłady zostały w tym roku rozszerzone, albo że w nich nie przestrzegano naszych poleceń tak ściśle, jakby tego wymagał interes funduszu krajowego; albo nareszcie że w okolicy zaszły chwilowo niekorzystne stosunki zdrowotne w skutek klęsk ekonomicznych lub elementarnych miejscowych. Pomimo to liczba dni leczenia zmniejszyła się w roku 1880, we wszystkich szpitalach w ogóle o 27.636. Wyraźniéj przedstawiają się skutki naszego zarządzenia przez porównanie frekwencyi szpitali w pierwszych półroczach lat 1880 i 1881 ·/. Podczas kiedy w pierwszych sześciu miesiącach roku 1880 leczyło się w naszych szpitalach 20.205 chorych przez 558.615 dni, leczyło się ich w tym samym okresie czasu w r. 1881 tylko 18.510 przez 462.442 dni. To jest liczba chorych zmniejszyła się o 1695, a liczba dni leczenia o 96.173. Także i średni pobyt chorych w szpitalach naszych uległ zmianie. Podczas kiedy wynosił w r. 1877 27.3 dni, a w r. 1879 25.9 dni, spadł w r. 1880 na 22.9 przeciętnie. W szpitalu lwowskim wynosił tylko 20 1, w Krakowie 20.4, w Nowym Sączu 19, a w Brodach 18, kiedy w Wiedniu wynosi 29 dni. To nasze rozporządzenie (l. 34.084) udzieliliśmy wszystkim Radom szpitalnym do wiadomości z wezwaniem, ażeby czuwały nad ścisłém jego wypełnianiem; a inspektor szpitali dostał polecenie, ażeby przy zwiedzaniu szpitali jak najściślej sprawdzał, czy i o ile nasze zarządzenia bywają wykonywane. Nareszcie zawiadomiliśmy o tém naszém postanowieniu c. k. Namiestnictwo. Odezwą z dnia 4go lutego 1881 roku l. 1824 ·/. przesłało nam c. k. Namiestnictwo memoryjał c. k. Rady zdrowia oświadczający się przeciwko na wstępie przytoczonéj uchwale Wysokiego Sejmu, ograniczającéj przyjmowanie chorych do szpitali, przeciwko innéj uchwale Wysokiego Sejmu polecającéj zniesienie filii zakładu dla obłąkanych, tudzież przeciwko naszym rozporządzeniom, wydanym w skutek tych uchwał Sejmowych C. k. Rada zdrowia żąda w tym memoryjale, ażeby c. k Namiestnictwo zawiesiło powołane uchwały Wysokiego Sejmu z dnia 15 i 21 lipca 1880 r., i zniosło rozporządzenie Wydziału krajowego z dnia 27 lipca 1880 r. l. 34.084. Ze swéj strony zwraca c. k. Namiestnictwo w téj odezwie uwagę Wydziału krajowego na to; że zmniejszenie ilości łóżek na teraz dla umysłowo chorych przeznaczonych musi uważać za szkodliwe dla kraju. Co się zaś tyczy uchwały ograniczającéj przyjmowanie chorych do szpitali, to takowa nie może mieć zastosowania w obec przepisów obowiązujących i w obec statutu szpitalnego. Jest przeto niewykonalną.“ Na tę odezwę odpowiedzieliśmy w dniu 15 lutego 1881 r. l. 6609 ·/. „że Wydział krajowy, którego powołaniem i obowiązkiem jest wykonywać wszystkie uchwały Wysokiego Sejmu, wprowadził już w życie i te dwie chwały, o których zawieszenie c k. Rada zdrowia uprasza, a przeciwko którym reprezentant c. k. Rządu podczas rozpraw w Sejmie głosu nie zabierał. Pierwszą uchwalę wprowadził Wydział krajowy w życie, zwijając filiję w Przemyślu do dnia 28 lutego r. b. i zamierzając zwinąć i Żółkiewską w jak najbliższym czasie. Drugą uchwalę wprowadził Wydział krajowy w życie, wydając rozporządzenie do l. 34.084; przyczém oparł się na rozporządzeniu ministeryjalném z r. 1856 l 26.641, na cyrkularzu z r. 1815 l. 38.184, na rozporządzeniu minister. z r. 1866 l. 19.194, na rozporządzeniu minist. z r. 1869 l. 1713, nareszcie na statutach szpitali we Lwowie § 29 i w Krakowie § 26. Mniema przeto, że zarządzenia jego jako zgodne z obowiązującemi przepisami, nie napotkają w wykonaniu na żadne trudności ze strony c. k. Namiestnictwa, tém pewniéj, że spodziewa się po nich ulgi dla funduszu krajowego.“ Polecenie Wysokiego Sejmu, ażeby nie powiększać przestrzeni szpitali bez upoważnienia Sejmu, wykonaliśmy o tyle, żeśmy w roku ubiegłym nie zezwolili na żadną nową budowę lub rozszerzenie któregokolwiek szpitala, żeśmy nie zezwolili na żadną pożyczkę na cele szpitalne, i żeśmy ze względów hygienicznych polecili zmniejszyć dotychczasową ilość łóżek w następujących szpitalach: w Brzeżańskim o 5, w Kołomyjskim o 12, w Stanisławowskim o 11, w Sądeckim o 16, w Tarnopo'skim o 10, w Wadowickim o 4, w Samborskim o 2, a w Lwowskim o 4, a nadto ubyło nam 80 łóżek przez zwinięcie filii dla obłąkanych w Przemyślu, a 70 w Żółkwi, razem ubyło łóżek 214. Natomiast przybyło nam przez otworzenie nowych lecz już dawniéj dozwolonych ubikacyj szpitalnych w Sanoku 20 łóżek, w Krakowie 30, w Sokalu 8, a w Kulparkowie 32; razem 90. W ogóle zatém mamy teraz we wszystkich naszych zakładacg o 124 łóżek mniéj, aniżeli w r. 1879. Zaznaczamy także, żeśmy nieuwzględnili prośby zwierzchności gminnéj miasta Tarnowa z d. 19 lutego r. b. o pozwolenie przynajęcia domu na cele szpitalne, z powodu przepełnienia tamtejszego szpitala, i żeśmy przy téj sposobności wszelkich rozszerzeń ubikacyj szpitalnych raz na zawsze stanowczo zabronili. W myśl wezwania Wys. Sejmu, ażeby Wydział krajowy dążył do zaprowadzenia oszczędności w administracyi szpitali, a na téj drodze do zniżenia taks, Wydział krajowy postępuje już od lat czterech, starając się usilnie o zmniejszenie wydatków szpitalnych przez wprowadzenie racyjonalnéj a oszczędnéj gospodarki. Świadczy o tém cały szereg zarządzeń, któreśmy w tym czasie w życie wprowadzili; świadczy o tém porównanie wydatków w zakładach krajowych ·/. które wykazuje, że pomimo zwiększenia się liczby dni leczenia, wydatki zmniejszają się z roku na rok; podczas bowiem, kiedy w roku 1877 właściwe wydatki gospodarskie wynosiły w naszych zakładach krajowych razem kwotę 476.334 zł. a. w. przy 486.379 dniach leczenia, spadły one w r. 1879 na 443.799 zł., pomimo że liczba dni leczenia wzrosła do 533.946, t. j. wydatki zmniejszyły się o 32.535 zł., kiedy dni leczenia przybyło o 47.567; świadczy o tém nareszcie porównanie rubryki żywienia chorych, z którego przekonać się można, że żywienie dzienne chorego kosztuje teraz o wiele mniéj niż w roku

1877. W ten czas (t. j. w r. 1877) kosztował dzień żywienia we Lwowie 33.56 cent., w Krakowie 39.91, w Kulparkowie 44.59 cent., teraz zaś kosztuje we Lwowie tylko 28.18, w Krakowie 27,31, w Kulparkowie 37.14 cent. W szpitalach prowincyjonalnych odniosły starania nasze także pożądany skutek. A jeżeli nie we wszystkich gospodarka bywa tak oszczędnie prowadzoną, jakby tego sobie w interesie funduszu krajowego życzyć należało, toć zauważyć należy, że szpitale prowincyjonalne są zakładami gminnemi lub powiatowemi i jako takie bywają administrowane przez władze miejscowe. Stosownie do poleceń Wysokiego Sejmu zniżyliśmy taksę na podstawie trzechletnich zamknięć rachunkowych w ośmiu szpitalach, mianowicie w Brzeżanach o 5 centów, w Jaśle o 10, w Wadowicach o 5, w Podhajcach o 7, w Samborze o 5, w Rzeszowie o 3, w Złoczowie o 7, w Drohobyczy o 6, w Przemyślu ponownie o 17 ct. a w roku poprzednim zniżyliśmy taksę w Białe, Przemyślu i Żółkwi w każdym o 10 centów. Wezwaniu Wysokiego Sejmu, ażeby Wydział krajowy przestrzegał dopełnienia obowiązków, jakie ciążą na służbodawcach, co do opłacania kosztów leczenia za służbę i czeladź, odpowiedział Wydział krajowy, wydając w tym przedmiocie rozporządzenia z dnia 27 lipca 1880 l. 34.084, z dnia 12 października 1880 l. 44.758, z dnia 6go marca 1881 l. 7889 i 28 sierpnia 1881 l. 41.244. We wszystkich polecamy zarządom szpitalnym jak największą czujność w tym względzie, wskazujemy sposób postępowania i wkładamy na zarządy obowiązek donoszenia nam o każdym wątpliwym wypadku. Rezultat dotychczasowy jest bardzo skąpy. Tylko zwierzchność miasta Bochni doniosła nam o paru takich wątpliwych wypadkach i w tych zarządziliśmy dochodzenie i stosowne kroki, w celu pociągnienia winnych do odpowiedzialności. Uchwalona przez Wysoki Sejm w Rub. III budżetu krajowego na „koszta leczenia“ w r. 1880 kwota 536.000 zł. nie została przekroczoną, wydano bowiem 535.118 zł. mniéj od kwoty dozwolonéj. Kwota preliminowana w Rub. XI na dotacyje dla zakładów krajowych 225.640 zł. także nie została wyczerpaną, wydano bowiem po koniec czerwca b. r. 169.139 zł. t. j. o 66.501 zł. mniéj od kwoty preliminowanéj. Wysokość wydatku tego może jeszcze ulegnie zmianie po ścisłém zamknięciu rachunków funduszów szpitalnych, które niebawem nastąpi. Porównanie wydatków Rub. III w ostatnich czterech latach przedstawia się jak następuje: W r. 1877 leczono chorych 21.490 kosztem 429.368; zatém jeden chory kosztował fundusz krajowy 29 zł. 28 ct.; w roku 1878 leczono ich 24.315 kosztem 497.985 zł. jeden chory kosztował 20 zł. 48 ct.; w roku 1879 leczono 25.846 kosztem 537.255 zł. jeden chory kosztował 20 zł. 78 ct.; a w r. 1880 leczono chorych 26.908 kosztem 534.518 i chory kosztował 19 zł. 90 ct., zatém w r. 1880 kosztował chory o 9 zł. 38 ct. mniéj niż w roku 1877.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Lwów dnia 28 sierpnia 1881. Na zapytanie tutejszego Namiestnictwa, czy mianowanym w roku 1878 przy organizacyi publicznéj służby zdrowia lekarzom powiatowym mogą być wliczone do emerytury te lata służby, które jako prowizoryczni lekarze powiatowi za wynagrodzeniem (*Bestellung*) przebyli, odpowiedziało wys. c. k. Ministerstwo spraw wewnętrznych pismem z dnio 9 sierpnia rb. l. 11833, że te lata służby nie mogą być wliczone do emerytury. Albowiem według rozporządzenia ministeryjalnego z dnia 19 lipca 1851 (Dziennik praw państwa Nr. 173) N. Pan najwyższém postanowieniem z 26 czerwca 1851 zarządził, aby tym lekarzom powiatowym, którzy poprzednio nie pozostawali w publicznéj służbie zdrowia i którzy po upływie roku na swych posadach okazali się zupełnie zdolnymi, zamieniono ich poprzednie wynagrodzenie (*Bestellung*) na stałą płacę (*Gehalt*), oraz aby takim lekarzom powiatowym zarówno jak i innym urzędnikom państwa przyznano prawo do emerytury. Z tego więc wypływa, że lekarzom powiatowym prowizoryczne lata służby przebyte za wynagrodzeniem nie zaś za stałą płacą nie mogą być prawnie wliczone przy wymiarze emerytury, lecz stać się to może jedynie w drodze łaski; u nas bowiem w całym kraju nie pobierali prowizoryczni lekarze powiatowi do organizacyi w r. 1878 stałéj płacy, lecz tylko wynagrodzenie.

Dr. Merunowicz.

Sprawozdanie o śmiertelności

w miastach Galicyi liczących nad 15.000 ludności od 3 kwietnia do 2 lipca 1881. (Kwartał drugi).

Nazwa miasta	Ludność według obliczenia z 31/XII 1880.	Liczba zmarłych bez nieżywo urodzonych	Stosunek zmarłych obliczony na 1000 mieszkańców i na rok	Wiek zmarłych: 1 rok	2–5 lat	6–20 lat	21–40 lat	41–60 lat	60 i wyżéj	wiek nieznany	Przyczyna śmierci – Choroby zakaźne: Ospa	Odra	Płonica	Dławiec i błonica	Krztusiec	Dur brzuszny	Dur plamisty	Cholera	Czerwonka	Gorączka połogowa	Inne choroby zakaź.	Inne panujące choroby: Suchoty płuc	Zapalenie płuc, krtani i tchawicy	Inne ostre choroby narządu oddechow.	Udar	Ostry gościec stawowy	Zapalenie jelit	Cholerynka	Wszystkie inne choroby	Śmierć gwałt.: Śmierć przypadkowa lub nieznana przyczyna	Samobójstwo	Morderstwo lub zabójstwo
Lwów	110 252	1023	37.0	225	135	84	183	223	173	—	26	—	5	31	1	12	5	—	—	4	6	256	162	9	22	—	26	—	447	6	5	—
Kraków	67.000	756	45.1	159	142	79	141	131	101	—	23	53	15	26	4	6	45	—	4	7	19	89	184	28	1	—	67	2	178	3	2	—
Brody	19.804	147	29.6	38	28	6	19	27	29	—	5	—	15	4	—	4	1	—	—	1	—	14	6	6	2	—	2	—	85	2	—	—
Drohobycz	18.172	194	42.7	61	31	16	34	29	17	6	—	—	—	1	—	14	6	—	—	—	3	6	6	55	1	—	6	—	86	9	1	—
Kołomyja	24.662	196	31.8	62	50	20	22	24	18	—	2	1	5	12	2	1	—	—	—	1	—	36	22	1	2	—	—	—	109	1	1	—
Przemyśl	21 984	181	32 9	62	25	16	19	28	31	—	—	—	—	10	10	7	2	—	—	4	2	36	22	5	2	—	7	—	72	2	—	—
Stanisławów	18 084	174	38.4	53	12	17	31	27	34	—	—	—	—	5	6	4	1	—	—	—	—	21	23	3	1	1	2	—	108	1	—	—
Tarnopol	24 847	215	34 6	82	25	15	24	33	36	—	—	—	—	22	3	7	1	—	—	—	3	29	36	2	1	—	—	6	99	4	2	—
Tarnów	24.006	279	46.5	52	48	40	56	49	33	1	21	3	—	16	—	3	18	—	—	1	—	42	60	—	2	—	25	—	87	1	—	—
Razem	328.811	3165	38.5	794	496	293	529	574	472	[illegible]	77	57	40	127	26	58	79	—	4	18	33	529	521	109	34	1	135	8	1291	29	11	—
Odsetki ogólnéj liczby zmarłych:				25 1	15.6	8.1	16.6	18 1	14.9	0.2	2.4	1 8	1.2	4.1	0 8	1.8	2.5	—	0 1	0.5	1.0	16.9	16.4	3.4	1.0	—	4.2	0.2	40.8	0.9	0.3	—

dzieci niżéj 5ciu lat 40.7%

choroby zakaźne: 16·2%

36 7% choroby narządu oddechowego

Dr. Merunowicz.

Statystyka epidemij. W tygodniu 30 (do 23 czerwca) ospa w Londynie nieco się zmniejszyła. Leczyło się w szpitalach 1000, zapadło świeżo 161, umarło 43. W Budapeszcie umarło 4, w Paryżu 29, w Saragossie 6, w Wiedniu 10, w Petersburgu 5. Dur brzuszny rzadziéj się pojawia w Petersburgu, a z duru osutkowego umarło 44, nieżyty jelitowe są jeszcze częstą przyczyną śmierci w większych miastach. W tygodniu

31 (do 30 czerwca) umarło w Krakowie 3 z ospy, 8 z odry, 1 z błonicy, 1 z krztuśca, 2 z duru osutkowego, 1 z gorączki połogowéj, 1 z róży a doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku błonicy, 1 czerwonki, 1 róży i 21 duru osutkowego.

W tygodniu 31 (do 30 czerwca) ospa w Londynie jeszcze bardziéj złagodniała. Leczylo się w szpitalach 988, świeżo zapadło 148, umarło 39. W Wiedniu umarło 8, w Paryżu 19, w Aleksandryi 5, w Petersburgu 6, w Saragossie 7. W Petersburgu umarło z duru osutkowego 41. Jeszcze wielu dzieci pada ofiarą nieżytu jelitowego. W Londynie umarło 523, w Rio de Janeiro umarło z febry żółtéj 6. W tygodniu 32 (do 6go lipca) umarło w Krakowie: 2 z odry, 2 z płonicy, 3 z błonicy, 2 z krztuśca, 3 z duru osutkowego, 1 z czerwonki, a doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku odry, 1 płonicy, 1 błonicy, 5 krztuśca, 2 choleryny, 1 duru brzusznego, 1 z duru osutkowego.

W tygodniu 32 (do 6go lipca) ospa w Londynie złagodniała. Leczyło się w szpitalach 886, świeżo zapadło 132, umarło 38. W Wiedniu umarło 12, w Peszcie 6. W Petersburgu umarło z duru osutkowego 32. Z nieżytu jelitowego umarło mniéj dzieci w Londynie i Paryżu. W tygodniu 33 (do 13go lipca) umarło w Krakowie, 4 z odry, 1 z płonicy, 2 z błonicy, 1 z krztuśca, 1 z duru osutkowego, 3 z czerwonki, a doniesiono w tymże czasie: o 2 przypadkach ospy, 2 odry, 2 błonicy, 6 czerwonki i 19 duru osutkowego.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 30 (do 23go czerwca) umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 44,2; we Lwowie 23,5; w Poznaniu 45,9; w Wiedniu 27,5; w Budapeszcie 36,7; w Pradze 35,9; w Tryjeście 37,2; w Berlinie54,0; w Wrocławiu 54.0; w Mnichowie 31,9; w Gdańsku 21,1; w Dreźnie 32,4; w Lipsku 30,9; w Bazylei 23.4; w Brukseli 28,7; w Amsterdamie 23,1; w Hadze 20,3; w Paryżu 36,8; w Londynie 26,5; w Kopenhadze 22,1: w Stokholmie 20,8; w Chrystyjanii 17,3; w Petersburgu 56,1; w Odessie 41,7; w Rzymie 28,7; w Wenecyi 24,4; w Bukareszcie 20,3; w Lizbonie 25,8; w Aleksandryi 32,8; w Nowym Yorku 27,5; w Filadelfii 16,9; w Bombaju 30,1; w Madrasie 32,1.

W tygodniu 31 (do 30 czerwca) umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 37,2; we Lwowie 24,6; w Poznaniu 45,9; w Wiedniu 25,0; w Budapeszcie 41,1; w Pradze 32,3; w Tryjeście 28,2; w Berlinie 44,5; w Wrocławiu 44,6: w Gdańsku 24,4; w Mnichowie 40,0; w Dreznie 35,2; w Lipsku 31,6; w Bazylei 26,8; w Bruksel1i 21,7; w Amsterdamie 24,1; w Hadze 26,0; w Paryżu 31,3; w Londynie 27,2; w Kopenhadze 25,0; w Stokholmie 19,3; w Chrystyjanii 15,6; w Petersburgu 56,0; w Odessie 44,5; w Wenecyi 19,0; w Bukareszcie 20,5; w Madrycie 37,6; w Lizbonie 27,6; w Aleksandryi 41,2; w Nowym Jorku 30,2; w Bombaju 35,7; w Madrasie 33,6.

W tygodniu 32 (do 6 lipca) umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 32,5; we Lwowie 30,6; w Poznaniu 33,8; w Wiedniu 26,6; w Budapeszcie 40,2; w Pradze 31,9; w Tryjeście 29,1; w Berlinie 37,8; w Wrocławiu 45,4; w Gdańsku 23,0; w Mnichowie 34,6; w Dreźnie 34,5; w Lipsku 30,9; w Bazylei 23,4; w Brukselli 28,9; w Amsterdamie 22,5; w Hadze 23,8; w Paryżu 27,7: w Londynie 23,4; w Kopenhadze 18,1; w Stokholmie 23,3; w Chrystyjanii 16,9; w Petersburgu 54,2; w Odessie 41,2; w Rzymie 25,8; w Wenecyi 32,0; w Bukareszcie 19,8; w Madrycie 32,8; w Lizbonie 33,7; w Aleksandryi 44,9; w Nowym Jorku 39,6; w Filadelfii 19,7; w Bombaju 37,3; w Madrasie 41,9.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 31 sierpnia. Za dni kilkanaście zbierze się Sejm galicyjski Z obowiązku swego zdawać będziemy dokładną sprawę ze wszystkich kwestyj obchodzących zdrowie publiczne i zawód lekarski, któreby w kadencyi téj były traktowane. Na teraz podajemy w rubryce właściwéj niektóre ustępy ze sprawozdania członka Wydziału krajowego Dra Franciszka Hoszarda, które to sprawozdanie Sejmowi przedłożoném będzie. Wybieramy ustępy ważniejsze, pomijając mniéj ważne mające tylko miejscowe lub podrzędne znaczenie. Czytelnik obeznany ze sprawozdaniem w mowie będącém zrozumie łatwiéj rozprawy, któreby się toczyć mogły w tym przedmiocie podczas obrad sejmowych.

* *Revue d'hygiène publique* z 20 lipca podaje uwagi Dra Lubelskiego, które chociaż znane z dawniejszéj literatury, zasługują na przypomnienie. Starozakonni przy obrzezaniu tamują krew ustami, i zdarza się, że têm zetknięciem się udzielają kiłę niemowlęciu. Już prof. Bierkowski zwrócił na tę okoliczność uwagę lekarzy; następnie w latach 1864 i 1865 Dr. Nowakowski w Warszawie spostrzegał wiele podobnych przypadków i jak się późniéj wykazało, w ustach operującego znajdowały się kłykcie kiłowe. W r. 1880 Kosiński, Matlakowski i Chrostowski w Warszawie znowu opisali kilka podobnych przypadków. Pitha, Maas i Podratzky opisują przypadki róży w skutek niezachowania należytéj czystości przy obrzędzie obrzezania.

* **Karlsbad** d. 20 sierpnia Do dnia dzisiejszego przybyło gości kąpielowych 24,474 o 193 osób więcéj aniżeli w roku zeszłym. W pierwszéj połowie tygodnia panowały deszcze, w ostatniéj piękna pogoda; ciepłota utrzymywała się między 13° R. a 17° R. w cieniu. Frekwencyja znacznie ubywa i Karlsbad poczyna się wypróżniać, na czém kończę tegoroczne sprawozdania.

* **Wiedeń**. Według *W. med. W.* rząd traktuje z prof. Cohnheimem względem objęcia katedry anatomii patologicznéj we Wiedniu; Cohnheim miał przedewszystkiém żądać, aby razem z nim przeniósł sie do Wiednia asystent jego prof. Weigert, któremuby rząd musiał zapewnić odpowiednie stanowisko (zapewne płatnego profesora nadzw.)

* **Mianowania i odznaczenia**. Dr. Mac Cornac jeneralny sekretarz Zjazdu londyńskiego został mianowanym kawalerem legii honorowéj. Mac Cornac oddał Francyi w czasach klęski narodowéj takie przysługi, które tę nominacyję w zupełności usprawiedliwiają.

* **Nekrologija**. We Wrocławiu umarł d. 9 b. m. słynny ginekolog Prof. Otton Spiegelberg w 52 roku życia z choroby Brighta. — We Francyi umarli: Dr. Manaud intern szpitali paryskich — Dr. Grimaud de Caux współredaktor dziennika *l'Union* Dr. Cytowicz otruł się w Rostowie na Donie, zapewne w napadzie pomięszania zmysłów.

Światły i odważny badacz Afryki centralnéj Dr. Mateucci umarł nagle z zimnicy złośliwéj; po odbyciu pełnéj przeszkód i niebezpieczeństw podróży z Egiptu do zatoki Gwinejskiéj, Mateucci brał na kilka dni przed śmiercią czynny udział w Zjeździe londyńskim. — Dziennik *Le Temps* donosi o śmierci Dra Floquet autora dzieła: *L'Histoire du Parlement de Normandie.* — W Reims umarł Dr. Salle, autor następujących prac: 1) *Etiologie des maladies;* 2) *Etude sur le cholera de 1832; Souvenir d'un demi siècle.*

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 34: Szpilmanna: Spostrzeżenia dotyczące działania atropinu; Chełakowskiego: Przerost i rozszerzenie serca pierwotne. — W *Medycynie* Nr. 35: Skórczewskiego: Przyczyny i rozwój niektórych postaci uporczywych biegunek, oraz ich leczenia w Krynicy.

Redakcyja otrzymała:

Dr. E. MENDEL: Die Manie. Eine Monographie. Wien u. Leipzig 1881. Urban u. Schwarzenberg, in 8vo str. 196. (Z dzieła tego niezadługo zdamy sprawę).

Dr. L. RYDYGIER: Aus der Privatklinik der Dr. Rydygier in Kulm a W. I. Zur Sprayfrage, II Zahn Fälle von Laparotomie, III Ein Fall von Istration itd. Osobne odbicie z D. Zeitschr. f. Chir. in 8vo str. 22. (Rozprawy te poprzednio ogłoszone były w Przeglądzie Lekarskim).

J. S. BILLINGS: Index-Catalogue of the library of the Surgeon-General's Office U. S Army. Vol. II Berlioz Cholas. Washington 1881 in 4to str. 990.

Dr. A. BARAŃSKI (docent weterynaryi w Krakowie): Leisfaden der Veterinär-Polizei, Wien u. Leipzig 1881, Urban et Schwarzenberg in 8vo str. 198.

Piśmiennictwo lekarskie. HEGAR A. u. R. KALTENBACH. Die operative Gynäkologie m. Einschluss der gynäkologischen Untersuchungslehre. 2. Aufl. 1. Hälfte Mit 134 Holzschn. gr. 8. Stuttgart, Enke. M. 8 60.

HERZENSTEIN U. Beiträge zur Lehre der Augenmuskellähmungen. gr. 8. Berlin, Hirschwald. M. 1.60.

HITZIGRATH Ad. Die Massage ohne od. m. Kaltwasserbehandlung. 12. Ems, Kirchberger. cart. M. 0·60.

JENSEN O. S. Die Structur der Samenfaden. Mit e. Taf. gr. 8. Bergen. (Berlin, Friedländer et Sohn). M. 1. 60.

JORDAN F. Surgical Enquiries, including the Hastings Essays on Shok, the Treatement of Surgical Inflamations, and Numerous Clinical Lectures. 2nd ed. 8. London, Churchill. sh. 12½.

KOCHER Th. Ueber Schusswunden. Experimentelle Untersuchgn.

üb. die Wirkungsweise der modernen Klein-Gewehr-Geschosse. gr. 8. Leipzig. Vogel. M. 2. 40.

LOTZ Th. Pocken u. Vaccination. Bericht üb. die Impffrage. Mit 6 Tfln. 2. Aufl. gr. 8. Basel Schwabe. M. 2. 40.

Redaktor Przeglądu Lekarskiego powrócił i z d. I września obejmuje swoje czynności.

W zastępstwie redaktora: **Dr. A. Kwaśnicki.**

Ponieważ ciągle nadchodzą zamówienia na Dziennik III Zjazdu Lekarzy i Przyrodników polskich, a nakład Nru 2 tegoż Dziennika jest już zupełnie wyczerpany, innych zaś Nrów posiada Redakcyja także tylko nieznaczny zapas, przeto Wydział gospodarczy uchwalił wydać w m. październiku rb. drugie wydanie Dziennika III Zjazdu Lek. i przyr., jeżeli się znajdzie dostateczna liczba prenumeratorów.

Prenumerata na 2gie wydanie wynosi 2 złr. i przyjmuje ją po dzień 15 października rb. Administracyja Przeglądu Lekarskiego.

Zamówienia, które nadeszły po 26 lipca rb. nie mogły już być uwzględnione, zamawiających zanotowano więc jako prenumeratorów na drugie wydanie.

WOJCIECH OCZKO.
PRZYMIOT i CIEPLICE.

Wydanie jubileuszowe dokonane staraniem **Towarzystwa lekarskiego warszawskiego** w 3ch setną rocznicę I. wydania, ofiarowane prof. J. Majerowi, opatrzone życiorysem i oceną stanowiska naukowego przez E. Klinka oraz rozprawą o języku dzieła przez A. A. Kryńskiego. Do dzieła dołączono: *facsimile* własnoręcznego listu W. Oczki, rysunek pomnika i kartę tytułową wraz z przedmową oddane **homograficznie.**

Całe dzieło obejmuje 43 arkusze druku na pięknym papierze. Skład główny w księgarni pp. Gebethnera i Wolffa, Krakowskie Przedmieście 15. Nabywać można i za pośrednictwem redakcyj pism lekarskich polskich. Cena 4 rsr. wraz z przesyłką.

Skład na Kraków i Galicyją w Administracyi Przeglądu Lekarskiego w Krakowie, Piasek, Podwale Nr. 84.

Cena 5 złr. za egzemplarz.

Nakładem i staraniem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego wyszedł

SŁOWNIK
terminologii lekarskiéj polskiéj

opracowany przez

Komisyję terminologiczną Tow. lek. krak.

złożoną z Profesorów Drów S. Janikowskiego, J. Oettingera i Dr. A. Kremera.

przy udziale Prezesa Akademii Umiejętności

Prof. Dr. MAJERA.

Duża 8ka str. XVI 544. Cena egzemplarza zbroszurowanego 6 złr. 50 ct. 5½ rs, egzemplarza oprawnego w płótno angielskie 7 złr. = 6 rs.

Nabyć go można w Administracyi Przeglądu Lekarskiego.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj pół tora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Ulica Podwale Nr. 84.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Boulv. Voltaire 180, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 10 września 1881. № 37. Rok XX.

I. Z kliniki chirurgicznéj Prof. Billrotha w Wiedniu.

O użyciu jodoformu w leczeniu ran.

Skreślił Dr. Jan Mikulicz
asystent powyższéj kliniki i docent prywatny w Uniwersytecie wiedeńskim.

Gdy przed niespełna 10 laty leczenie ran według metody Listera rozpowszechniać się zaczęło, przekonał się wkrótce każdy chirurg, który tą metodą sam skrupulatnie się posługiwał, że rezultaty jéj są nadzwyczajne. W porównaniu z dawnym stopniem rozwoju leczenia ran był to postęp tak ogromny, że zdawało się być łatwém do pojęcia, jeżeli wielu chirurgów było tego przekonania, iż metoda Listerowska daje wyniki takie, na jakie się tylko wiedza ludzka zdobyć mogła, i że dalszy postęp w téj mierze wcale jest niemożliwym.

A jednak umiejętność nie zna wypoczynku, i o ile lecznictwo na umiejętnych podwalinach spoczywa, musi również i ono dopóty postępować, dopóki się ludzie myślący niém zajmować będą. I tylko ci, którzy wielki ów wynalazek Listera uważają za dzieło wyższego jakiegoś natchnienia, które podobnie jak Minerwa z głowy Jowisza wyskoczyło, ci tylko nie śmią naruszyć jego metody, trzymają się ściśle wszelkich drobnostek i uważają dziś jeszcze za ogromną śmiałość, gdyby się kto poważył zaprowadzać zmiany lub — co większa — ulepszenia! Ci jednak, którzy w metodzie Listerowskiéj tylko dzieło starannych studyjów i długoletniéj pracy upatrują, szanują wielkiego mistrza z tego powodu niemniéj niż inni, lecz byli zarazem już z góry o tém przekonani, że i ta metoda, jak każde dzieło ludzkie, będzie mogła być ulepszoną, uproszczoną a może nawet zastąpioną zupełnie inną i lepszą. Ztąd wynikło, że próbowano w opatrunku Listerowskim najrozliczniejsze zaprowadzić zmiany. Niejedna próba się nie udała; lecz z czasem wynaleziono i zaprowadzono przecie modyfikacyje, które posłużyły do uproszczenia i ulepszenia wspomnianéj metody.

Nasamprzód widzieliśmy, że *protectiv silk* zupełnie jest zbytecznym; później użyliśmy zamiast kosztownego makintoshu innéj tkaniny nieprzemakalnéj; daléj przyrządziliśmy sobie gazę karbolową wygodnym sposobem według przepisu Brunsa: a rezultaty pozostały takie same.

Przed dwoma laty rozpoczęli światli chirurgowie walkę przeciw używaniu sprayu, w którym wielka część chirurgów najważniejszy składnik postępowania przeciwgnilnego upatrywała. Trendelenburg i Bruns oświadczyli, że już od kilku lat bez sprayu operują i otrzymują takie same, a poniekąd lepsze, rezultaty niż inni operatorowie używający sprayu. Zrazu starałem się i ja na podstawie teoryi okazać, że można bez najmniejszéj szkody zaniechać używania sprayu w leczeniu ran metodą przeciwgnilną: a dziś powiedzieć mogę, że moje zapatrywania stwierdzone zostały półtorarocznemi doświadczeniami w naszéj klinice. Na podstawie wyników moich studyjów operujemy i opatrujemy rany bez użycia sprayu już od kwietnia przeszłego roku a pomyślne rezultaty doprowadziły nas i ze strony praktycznéj do tego przekonania, że spray jest rzeczywiście rzeczą zbyteczną.

Nie będę się na tém miejscu zapuszczał w obszerniejsze omówienie tego punktu, gdyż zamierzam o nim przy innéj sposobności pisać obszerniéj, albowiem będę musiał zbić niektóre, na pozór dobitne, zarzuty w tym względzie, a mianowicie także w jednym z artykułów niniejszego czasopisma mnie poczynione [1].

[1] Czy spray stanowi część potrzebną sposobu przeciwgnilnego? Napisał Dr. Rydygier (Przegląd Lekarski 1881. Nr. 26 i 27). Wspomnieć tu muszę tylko, że zdaje mi się, jakoby uwagi Dra Rydygiera nie zasadzały się na podstawie prawdziwego, ogólnie przyjętego zapatrywania na sposób używania sprayu, gdyż autor wychodzi ze sposobu, w jaki on sprayu używa, co wcale nie jest jeszcze decydującą rzeczą. Twierdzenie, jakoby spray działać musiał nietylko podczas, ale nawet przez jakiś czas przed rozpoczęciem operacyi, jest tylko zdaniem tych, którzyby Listerowską metodę ulepszyć chcieli. Kto jednak u Listera był osobiście, przypomni sobie z pewnością, że wprawiano spray w ruch tuż przed rozpoczęciem operacyi a względnie przed zmianą opatrunku. Jeżeli zatem Lister w należyty sposób sprayu używa

Dziś porzuciliśmy także gazę karbolową a zastąpiliśmy ją opatrunkiem jodoformowym, a oparci chociaż na kilkumiesięcznych doświadczeniach, twierdzić możemy, że opatrunek jodoformowy nietylko najzupełniéj miejsce gazy karbolowéj zastąpić jest w stanie, lecz ją nawet pod wieloma względami przewyższa. Z całego Listerowskiego opatrunku nie pozostało tedy nic więcéj, jak tylko pierwotna zasada, rusztowanie niejako wynalazku, które dziś jeszcze tak samo jest uznaném i nienaruszoném jak przed 10 laty!

Lecz przystępuję do przedmiotu: zamierzam podać do wiadomości kolegów, jakieśmy porobili doświadczenia nad użyciem jodoformu w leczeniu ran w naszéj klinice w ciągu ostatnich 7miu miesięcy. Na Zjeździe chirurgów w Berlinie miałem już z początkiem kwietnia b. r. wyczerpujący wykład o doświadczeniach, jakie podówczas zebraliśmy byli pod tym względem, a późniéj (27 maja b. r.) omawiałem ten przedmiot po raz wtóry w c. k. Towarzystwie lekarskiém w Wiedniu. Jednak dawniejsze moje orzeczenia nie opierały się jeszcze na pewnym zamkniętym szeregu doświadczeń, a dopiero niniejsza rozprawka ma za podstawę spostrzeżenia, pozwalające wydać sąd ostateczny.

Aby czytelnikowi dać zwięzłe pojęcie o użyciu jodoformu w opatrywaniu ran, powtórzę tu w krótkości naiważniejsze ustępy z moich dwóch wykładów.

Jodoform zyskał miejsce w medycynie dopiero w roku 1862, kiedy Rhigini tegoż roku pierwszą farmakologiczną pracę o nim ogłosił. Nasamprzód używali go ze skutkiem Nuhn, Besnier, Féréol, Bozzi, Zeissl i inni przeważnie przeciwko wrzodom syfilitycznym wszelkiego rodzaju. Późniéj używali go Greenhalgh, Demarquay, Völker, potém Kisch, Martin i inni w różnych przypadkach ginekologicznych; zadawano go także wewnętrznie, jednakowoż sprawozdania o osiągniętych skutkach nie brzmiały zgodnie. Ostatniemi laty zwrócił Moleschott (*Wiener mediz. Wochenschrift* 1878, Nr. 24) uwagę lekarzów na jodoform, o którego świetnych skutkach sam się przekonał. Pomimo to mało uwagi zwracali na ten środek, szczególnie chirurgowie, aż Mosetig przed rokiem artykułem swoim, również we *Wiener med. Wochenschrift* ogłoszonym, przyczynił się do tego, że lek ów stanowczo w leczenie ran został wprowadzonym. Początkowo używał Mosetig jodoformu w ranach powstałych w skutek procesów gębczastych *(fungös)*, i zalecał go jako środek swoisty przeciw tkankom gruźlicą dotkniętym. W styczniu b. r. zaprowadziliśmy jodoform w naszéj klinice na podstawie spostrzeżeń Mosetiga a to zrazu w razach przez niego podanych, t. j. w leczeniu ran gruźlicowych. Atoli wkrótce zauważyliśmy, że jodoform, prócz owego właściwego sobie działania, jest także znakomitym środkiem przeciwgnilnym i spróbowaliśmy stosować go także w ranach innego rodzaju. I w tych razach oddał tak znakomite usługi, że zaczęliśmy go w coraz większym rozmiarze używać. Od 4ch miesięcy leczymy u nas każdą ranę bez wyjątku jodoformem. Myśmy byli pierwszymi, którzyśmy używali jodoformu w większym rozmiarze w świeżych ranach wszelkiego rodzaju. Kładę na to nacisk z tego powodu, ponieważ jestem przekonany, że właśnie na tym sposobie użycia wysoka wartość opatrunku jodoformowego polega.

Jodoform jest ciałem, pod względem chemicznym podobnie złożoném jak chloroform, zawiera zatém według wzoru chemicznego mniéj więcéj 96% czystego jodu. Rozpuszcza się łatwo w eterze, olejkach tłustych i lotnych, trudniéj we wyskoku a w zaledwie dostrzegalnéj ilości we wodzie i rozczynach solnych. Z rozczynów eterycznych i oleistych wydziela się przy dłuższym spokoju szczery jod.

Fizyjologicznemi własnościami jodoformu zajmowali się dotychczas tylko Binz i Högyes. Wykazali oni, że organizm wciela w siebie to ciało, w jakikolwiekby ono sposób było zastosowane, że je można we krwi i moczu w kształcie soli jodowych wykazać. Obaj wspomnieni badacze przypuszczają, że się jodoform w tłuszczach organizmu rozpuszcza, z tego rozczynu powoli szczery jod się wydziela i w jodany się zmienia. Według ich zapatrywania działanie jodoformu nie jest niczém inném, jak tylko powolném działaniem jodu, który przy wydzielaniu się *in statu nascendi* działa; wyróżnia się zaś tém jedynie, że sam jodoform żadnego drażnienia na tkanki nie wywiera, a jednak bardzo silnie działa. Muszę jednak zauważyć, że jodoform z pewnością nietylko jedynie w postaci prostych jodanów do organizmu się dostaje, lecz prawdopodobnie także w kształcie połączeń organicznych doń dochodzi; prof. Ludwig w Wiedniu był przynajmniéj w stanie wykazać w zwłokach człowieka zmarłego w naszéj klinice lotne (organiczne) połączenie jodu.

Binz i Högyes wykryli późniéj, że psy, koty i króliki po zadaniu większych ilości jodoformu wśród objawów porażenia serca i przyrządu oddechowego śmiercią ginęły; sekcyja okazuje stłuszczenie wnętrzności. O dwu przypadkach otrucia jodoformem u ludzi donosi Oberlaender; u obu chorych były objawy mdłości, ospałości, wymiotów, nieregularnego oddechania itd., obaj jednak chorzy wyzdrowieli. O dwu innych przypadkach otrucia jodoformem, uważanych na naszéj klinice, będzie późniéj mowa.

Co do lokalnego i ogólnego działania jodoformu na rany mogę według moich doświadczeń następujące podać szczegóły. Lokalnie zastosowany nie wywiera jodoform absolutnie żadnego drażnienia; a rany jodoformem opatrywane okazują stosunkowo mniejszą reakcyję niż rany pod opatrunkiem karbolowym. W skutek tego też w otwartych ranach brodawkowanie, potrzebne do zagojenia, postępuje bardzo powoli. Od chwili, gdy jodoform ranę zakryje, ustaje wszelki ból; jednakowoż nie twierdziłbym, aby ten objaw należało przypisać podobnéj właściwości jodoformu, gdyż już żadna rana, ściśle według metody przeciwgnilnéj opatrywana, podczas gojenia bólu nie sprawia. Chemiczne połączenia jodu zaczynają się wkrótce z powierzchni rany wsysać w organizm i to trwa dopóty, dopóki jodoform pozostaje w zetknięciu z raną. Byliśmy w stanie, już po kilku godzinach, odnaleźć jodany w moczu i ślinie chorych i odtąd przez przeciąg kilku tygodni reakcyję jodową we wspomnianych wydzielinach wykazywać. Objawów ogólnego oddziaływania na cały organizm nie było wcale przy użyciu małych ilości jodoformu. Tylko przy użyciu większéj ilości, a stosunkowo wiel-

— a o tém wątpić nie podobna — wtedy tracą najważniejsze zapatrywania i dowody Dra Rydygiera wszelką podstawę. Daléj zdaje mi się być trudném do pojęcia, jak mógł Dr. Rydygier przedsięwziąć wykonanie 10 laparotomij bez użycia sprayu, o czém sam w późniejszym swoim artykule, umieszczonym w tém samém czasopiśmie (Nr. 29), donosi. Mimo dowodów autora nie jestem w stanie zrozumieć, dla czego on sprayu, o którego skuteczności przecie jest przekonanym, nie użył także przy owych 10 laparotomijach! Bo jeśli ktoś jest przekonany o ochronnéj własności sprayu, powinien go przecie używać właśnie w przypadku, gdzie chodzi nietylko o udanie się lub nie udanie zagojenia bezpośredniego (*per primam intentionem*), ale także, gdzie chodzi o zapobieżenie zabójczemu zapaleniu otrzewny, gdzie zatém życie choréj bezpośrednio było zagrożoném.

kiéj powierzchni chłonącéj, okazywały się czasem w pierwszych 24—28mu godzinach lekkie objawy otrucia, jakoto: mdłości, ospałość, brak apetytu, a w rzadkich przypadkach także wymioty. Ostre objawy te jednak znikają zawsze w krótkim czasie a uczucie rzeźwości wraca na ich miejsce.

Podczas gdyśmy niebezpiecznych objawów otrucia nigdy nie spostrzegli, okazały się w dwóch przypadkach, w kilka tygodni po zastosowaniu większéj ilości jodoformu, objawy, które najprawdopodobniéj jako chroniczne otrucia jodoformem tłumaczyć sobie należy. W obu przypadkach były to osłabione, wynędzniałe dzieci, operowane z powodu zropienia spróchniałego stawu biodrowego. W jednym przypadku otworzył prof. Billroth wielki ropień spólniczący ze stawem, w drugim przypadku wyciąłem sam typowo staw biodrowy. W obu razach wypełniliśmy rany zupełnie jodoformem (60 a względnie 120 gr.) Zagojenie ran postępowało początkowo znakomicie, a przez 3 pierwsze tygodnie miały się dzieci najzupełniéj dobrze, jadły z apetytem, spały spokojnie itp. W 4tym tygodniu jednak pojawiły się lekkie objawy zapalenia opon mózgowych, jakoto: apatyja, niepokój, brak apetytu, osłupiały wzrok, rozszerzenie źrenic, krzyczenie przez sen itd. Z końcem 4go tygodnia umarły owe dzieci wśród wzrastających objawów choroby. Sekcyja nie okazała w obu razach wcale żadnych znacznych zmian patologicznych a najmniéj w mózgu i jego oponach. We wnętrznościach drugiego przypadku znalazł prof. Ludwig organiczne połączenie jodu. (Pierwszego przypadku nie badano chemicznie). Jesteśmy przekonani, że się w obu przypadkach rozchodziło o chroniczne otrucie jodoformem. Zresztą zajmuję się obecnie doświadczalnemi studyjami w tym względzie i spodziewam się, że wkrótce zyskamy jaśniejszy pogląd na tę tak ważną sprawę. W każdym razie lepiéj będzie unikać na przyszłość u słabowitych dzieci używania tak wielkich ilości jodoformu: tegośmy się ostatniemi czasy także trzymali i odtąd nie zauważaliśmy żadnego przypadku otrucia.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Nieco o antimerkuryjaliźmie i jego zwolennikach.

Podał Dr. Henryk Mendelsburg.

W żadnéj z dotychczasowych gałęzi nauk lekarskich nie spotykamy tak różniących się zapatrywań, jak w nauce o kile. Dwa obozy stoją naprzeciwko siebie, a do walki ich, która jedynie na podstawie ścisłego badania i naukowych prawd prowadzoną być winna, wtrąca się często przymieszka namiętności i wzajemnéj nienawiści [1]). Mam tu na myśli szkołę merkuryjalistów i szkołę przeciwników rtęci, antimerkuryjalistami zwanych. Pojęcia ich nie tylko różnią się pod względem zasad działania rtęci na organizm ludzki, ale nawet najgłówniejsze, zasadnicze i podstawowe prawdy nauki, o kile bywają wzajemnie zaprzeczane, tak iż syfilidologija jednych jest czémś zupełnie innem od téjże saméj nauki drugich. Dzisiaj obóz antimerkuryjalistów zmniejszył się do minimum, miał jednakowoż chwile zwycięstwa, a obecnie nie możemy go zupełnie jako zwyciężonego pominąć, bo w świecie naukowym ma on jeszcze dosyć potężnych zastępców, a mianowicie w Anglii [2]), która, jak to później wykażemy, była główną jego rodzicielką.

[1]) *Studien ueber Syphilis. Wien 1862 Prim. Dr. J. Hermann.*

[2]) *Dr. Drysdal, John Thomson, Hermann i inni.*

Szkoła antimerkuryjalistów powstała prawie pół wieku późniéj, po pierwszym pojawieniu się kiły w Europie z końcem XV stulecia, kiedy i używanie rtęci doszło do szczytu swéj potęgi. Nie było żadnéj choroby, w któréjby rtęć nie była przepisywaną, ufano jéj, jak w ogóle naówczas wszelkim truciznom, które nieobojętne dla organizmu takowym wstrząsają i szkodliwe „*humores*“ z niego wydalają. Z końcem tegoż stulecia pojawiła się we Francyi i Włoszech kiła i zaczęła się rozpościerać prawie po całéj Europie. Na nowego przybysza zaczęto szukać broni i chwycono się oczywiście naówczas królującéj rtęci. Z historyi medycyny wiemy, jaką w ogóle rolę sztuka lekarska w wiekach średnich odgrywała, na jakich podstawach spoczywała i kto się nią trudnił. Znaczna liczba szarlatanów i oszustów kręciła się od miasta do miasta, od zamku do zamku, wykrzykiwaniem wychwalając różnorodne ziółka i liście na przeróżne choroby ciała, a nawet i duszy. Lekarze ci samozwańcy trudnili się przy tém zażegnywaniem uroków i różnego tego rodzaju przesądami. Rtęć więc w rękach ludzi, niemających najmniejszego wyobrażenia o jéj działaniu na organizm ludzki, używana oczywiście tak zewnętrznie jak wewnętrznie w dawkach przesadnych, stała się prawdziwym biczem bożym. Rozprzestrzeniającą się kiłę starano się zwalczyć tym środkiem, a chorzy na zatrucie rtęciowe umierali. Kiedy fatalne skutki kuracyi rtęciowéj już prawie bić w oczy zaczęły, odstąpiono nagle od tego uwielbianego bożyszcza nazywając go *venenum, quod nocet membris principalibus.* Było to z początkiem 16go stulecia i wówczas po raz pierwszy występuje szkoła antimerkuryjalistów, która stosuje po raz pierwszy przeciw kile *lignum Guajaci* i nazywa go *arbor mirabilis, aeternum decus et nova gloria mundi.* Rtęć ustąpiła środkom roślinnym, do których przyłączyły się także *sassaparilla* i *lignum sassafras;* prócz tego stósowano leczenie napotne i głodowe. Mimo to środki te nie mogły sobie zapewnić przyszłości. Lekarze jak Nicolaus Massa, Fracastorius, powrócili do rtęci i rozpoczęli pisemną i ustną walkę z pierwszymi antimerkuryjalistami, do których należą: Montanus prof. w Padwie, Joannes Fernelius w Paryżu (1552) i sławny anatom włoski Fallopia. Przez cały wiek 17 i 18ty trwała walka tych obozów. Gdyby zwolennicy rtęci nie byli takowéj przecenili i nie stósowali znów w dawkach przesadnych, nie przyszłoby po raz wtóry do wyrugowania jéj z początkiem 19go wieku. Pierwsi podnieśli broń przeciw rtęci lekarze angielscy, a mianowicie Fergusson (1814), a za przykładem tych poszli lekarze portugalscy, francuscy i niemieccy. Antimerkuryjalizm był panem sytuacyi przez dwa dziesiątki lat; w miarę jednakowoż jak medycyna kroczyć zaczęła na drodze ściśle naukowéj, kiedy fizyjologija i patologija stały się jéj podstawą, kiedy nóż, mikroskop i retorta tyle nowych odkryły nam rzeczy, zasady antimerkuryjalistów zostały wstrząśnięte, zwolennicy ich powoli zaczęli przechodzić do przeciwnego obozu. Antimerkuryjalizm dogorywał. Tymczasem w r. 1835 wystąpił Wallas z nowym środkiem, a mianowicie z jodkiem potasu. Odkrycie to dodało nowéj otuchy szkole antimerkuryjalistów, na czele których w Niemczech staje Hermann i Lorinser, a do nich przyłączają się prof. Baum z Gietyngi, Beneke z Oldenburga, Hamernik z Pragi i inni. Dwaj ci lekarze nie tylko potępiają używanie rtęci, ale starają się zachwiać podstawami syfilidologii dzisiejszéj.

W artykule niniejszym zamyślam podać główne zasady nieprzyjaciół rtęci, sądzę bowiem, że z rzeczą tą, obznajomić się warto, najpierw dla tego, iż szkołę tę nie można uważać

za wygasłą, kiedy dyrektor i prymaryjusz jednego z większych szpitali wiedeńskich do dziś dnia łamią kopije w obronie swych zasad i rtęć nie tylko z oddziału dla kiłowych, ale pozyskawszy sobie prymaryjuszów innych oddziałów, z całego zakładu wyrugowali; a powtóre z pobudek psychicznych, aby wskazać jak ludzie nauki, badając jedno i toż samo, do wprost przeciwnych rezultatów doszli.

Podczas gdy dzisiejsza medycyna kiłę ogólną chorobą całego organizmu nazywa, antimerkuryjaliści już na samym wstępie zaprzeczają temu, nazywając ją chorobą miejscową, a wliczają w nią rzeżączkę i wrzód tak miękki jakoteż i twardy, przechodząc w ten sposób nad podziałem Ricorda do porządku dziennego. Zarazek tych dla nas różnych chorób ma być jeden i ten sam, a ma on być produktem kiśnienia części organicznych, z któremi ściśle jest połączony i dla tego raczéj wydzieliną, aniżeli przyrzutem syfilitycznym, nazwany być winien [1]). Wydzielina ta wywołuje rzeżączkę lub wrzód.

Doświadczenia Huntera, Vidala, że wydzielina tryprowa zaszczepiona wywoluje wrzód i odwrotnie, mają być niezbitym dowodem jedności przyrzutu. Kila jest chorobą miejscową, objawiającą się w kształcie pierwotnym i następowym. Do formy pierwotnéj należy tryper i wrzód, do formy następowéj dymienica, szyszkowina płaska i trojaka tylko wysypka *(Bubo, Condylomata lata et Exanthema)*. Wszelkie inne formy w dzisiejszéj syfilidologii znane nie są następstwem zakażenia kiłowego lecz merkuryjalnego, które to zakażenia antimerkuryjaliści jako odrębną chorobę pod nazwą *Hydrargyrosis* obejmują. Wszelkie więc zmiany kiłowe, które my drugo- lub trzeciorzędnemi nazywamy, podstawiają oni pod osobną przyczynę, zatrucia merkuryjuszem, *hydrargyrosis*.

Głównemi tego dowodami mają być: [2])

1) Objektywna obserwacyja zarażonych pokazała, iż chorzy wrzodem dotknięci jeżeli rtęci nie używali, nigdy zmianami kiły drugo- i trzeciorzędnemi dotkniętymi nie byli.

2) Formy kiły następowéj przypadają właśnie w czasie największego rozkwitu terapii rtęciowéj.

3) Podobne zmiany napotykamy u ludzi, którzy dużo z rtęcią do czynienia mają, jak np. u górników w Idryi i rzemieślników, a którzy według pewnych dat nigdy wrzodu nie posiadali.

4) Rodzice kiłowi, którzy poprzednio przechodzili kuracyję kiłową, rodzą dzieci rtęcią zakażone (u nas *syphilis congenita*); rodzice zaś kiłowi, którzy téj kuracyi nie przechodzili, rodzą dzieci zdrowe.

5) Górnicy w Idryi niekiłowi rodzą dzieci ze zmianami kiły wrodzonéj.

6) Elektroliza sposobem Kletzińskiego wykazuje w moczu i innych wydzielinach znaczne ilości rtęci.

7) Anatomija patologiczna (Hyrtl, Virchow, Rokitańsky) wykrywa w kościach i tkaninach rtęć w kształcie drobnych kulek.

8) Przy podawaniu jodku potasu, który posiada własność wydalania rtęci z organizmu, znajduje elektroliza wśród ustępowania zmian, kiłowemi zwanych, najpierw coraz znaczniejsze a potém powoli ustępujące ilości rtęci w moczu.

Z dowodów tutaj przytoczonych najważniejszy wydaje mi się być pierwszy; ścisłe bezinteresowne spostrzeganie przebiegu kiły w obec metody wyczekującéj. Czyż jednakowoż to ścisłe badanie łatwo przeprowadzić? Śmiało powiem, iż prawie go przeprowadzić nie podobna, bo w jakiż sposób możemy chorego przez całe życie jego mieć w obserwacyi. Bardzo łatwo być może, iż antimerkuryjaliści po wrzodzie nie spostrzegali wysypki i innych zmian kiłowych, albowiem mogli mieć do czynienia z wrzodami miękkiemi, po których wysypka nie występuje, oni zaś w jeden tylko wrzód wierząc, tego rodzaju przypadki w statystykę wliczali. Z tych też przyczyn najdzielniejszy dowód ich nauki tracił bardzo wiele na wartości. Co się tyczy punktu 3go, to wiemy iż chroniczne zatrucie merkuryjuszem, jakie napotykamy u robotników i górników nigdy nie wystąpiło jeszcze w formie takich zmian jak *impetigo, ecthyma* lub *rupia*. Co się tyczy dowodu 4 i 5go, to nie podobna z taką apodyktycznością bezwzględną twierdzić, bo badania tego rodzaju są nadzwyczaj mozolne i niepewne, i aczkolwiek Dr. Hermann sam udał się do Idryi, aby rzecz tę stwierdzić, to musiałby chyba całe życie swoje między górnikami przesiedzieć, aby z całą pewnością mógł orzec to, w co wierzy. Że analiza moczu wykazuje w nim rtęć, nie powinno dziwić, albowiem prawie wszelkie leki, przeszedłszy organizm, do moczu zmienione lub niezmienione się dostają, a także z równąż pewnością twierdzić możemy, iż jodek potasu leczy zmiany kiłowe nie dla tego, że wydala z organizmu rtęć, ale że działa specyficznie na przyrzut kiłowy; bo przecież według antimerkuryjalistów, w obec zmian, które oni za skutek zatrucia rtęcią uważają, podana znowu rtęć w jakiejkolwiekbądź formie zmiany te nie usuwać ale pogarszać winna, co się nie dzieje, jak to codziennie w klinikach i szpitalach kiłowych przekonać się możemy.

(Dokończenie nastąpi.)

III. Oceny i sprawozdania.

H. Waelle (Bern): **Uiber die Perforation der Blase durch ein Dermoidkystoma des Ovarium.** Leipzig, Metzger u. Wittig 1881.

We wstępie autor pozbierał z literatury kilka przypadków, w których już to z powodu urazu, już to zmian chorobowych ścian męcherza, nastąpiło przebicie męcherza zwykłemi torbielami jajnika, a zejście było po większéj części korzystne.

W. twierdzi, że torbiele dermoidowe, w skutek swéj skłonności do stanu zapalnego i ropienia, szczególnie nadają się do wytworzenia perforacyi w sąsiednie narządy, w takich przypadkach patognomonicznem jest odejście z pęcherza włosów, zębów, gdyż wytworzenia się takich utworów w pęcherzu samym nigdy nie obserwowano.

Podobny przypadek opowiada autor obszernie, opisując obraz kliniczny, rozpoznanie, rokowanie i leczenie takich spraw chorobowych.

Przez 5 lat były trudności w oddawaniu moczu, w którym znajdowano piasek z moczanów *(Harngries)* i krew. Dzień przed śmiercią chorej wydobyto z pęcherza ząb i zwitek włosów, a chora umarła śród objawów zapalenia otrzewny.

Na dwóch rycinach przedstawiony preparat wyraźnie okazuje tumor wielkości jaja kurzego z tylną ścianą męcherza zrośnięty, jak niemniéj otwór przebicia do pęcherza.

Dr. Kohn.

---

[1]) *Ueber die Natur u. Wesenheit der Syphilis. Wien 1876 Dr. Hermann.*

[2]) *Ueber die Wirkung des Quecksilbers auf den menschlichen Organismus. Wien 1873. Dr. Hermann.*

Istota krzywicy i stosunek jéj do kiły.

Na Zjeździe lekarskim powszechnym w Londynie podano trzy prace, odnoszące się do sprawy, objętéj nagłówkiem. Autorem pierwszéj jest Bagiński z Berlina. Zapatrywania jego dają się ująć w następnych pięć punktów.

1. Doświadczenie kliniczne uczy: *a)* że krzywica *(rhachitis)* zdarza się jako zboczenie wrodzone; *b)* że większa część dzieci, dotkniętych kiłą wrodzoną, mimo najlepszéj pieczy ulega krzywicy; *c)* że takowa powstaje u dzieci po chorobach gorączkowych ciężkich, długotrwałych, zboczeniach w trawieniu, niedostatku świeżego powietrza, w ogóle przy upośledzoném odżywianiu; *d)* wreszcie że towarzyszą jéj nierzadko znaczne zboczenia w układzie nerwowym *(laryngismus stridulus, hydrocephalus, hypertrophia cerebri)*. Wszystko to wskazuje, że istoty krzywicy nie może stanowić brak soli wapiennych.

2. Że przyczyna krzywicy nie polega na braku soli wapiennych, wynika daléj z niestosunku wapna w kości krzywiczéj do składników jéj organicznych (około 160.100 na 563.100 w kości prawidłowéj). Tymczasem gdybyśmy dziecku odcięli dowóz wapna na cały rok, niestosunek osiągnięty nie byłby tak wielkim (ledwo około 513.100).

3. Powyższym wywodom klinicznym zdają się sprzeciwiać doświadczenia niektórych autorów (szczególniéj Roloffa z Berlina), którzy wykazali, że w skutek odciętego dowozu wapna powstawały u zwierząt zmiany w kościach, przedstawiające się tak gołemu oku jak zbrojnemu w drobnowid jako zboczenie krzywicze. Badanie atoli anatomiczne równie jak chemiczne wykazało, że stopień tego zboczenia był mały. Zwiększał się zaś znacznie, jeżeli oprócz odciętego dowozu wapna dodawano do żywności zwierzęcia kwasu mlekowego. Okoliczność świadcząca, że istota skutku nie leży w odciętym dowozie wapna, lecz w upośledzeniu odżywiania, wywołaném w pierwszym razie przez odjęcie jednego ze składników ustroju, w drugim przez wprowadzenie doń czynnika psującego trawienie. Zboczenie w kościach występuje tylko dla tego na pierwszy plan, że upośledzenie sprawy odżywiania przypada właśnie w takim czasie, w którym wzrost kości zwierząt młodych odbywa się szczególniéj żywo.

4. Rozczyny peptonu neutralne zdolne są do rozpuszczania wapna. Ta ich własność wskazuje sposób, w jaki sole wapienne rozpuszczają się w kościach dzieci, których skład krwi jest nieprawidłowym w skutek upośledzonego odżywiania. Drogę zaś, którą rozpuszczone sole wydzielają się z ustroju, stanowią kiszki, jak wykazuje badanie stolców dzieci krzywiczych.

5. Krzywica jest więc skazą krwi wynikłą z upośledzonego odżywiania, które znowu może być skutkiem różnorodnych wpływów szkodliwych. Z pojęciem takiém krzywicy licują skutki lecznicze, jakie osiągamy za pomocą środków, poprawiających odżywianie (pomyślne warunki higijeniczne, dobre jadło, kąpiele, leki krzepiące).

Tak opiewają poglądy na krzywicę Bagińskiego. Autorem, którego zapatrywania stykają się w niektórych punktach z poprzedniemi, i takowe uzupełniają, jest Kassowitz z Wiednia. Wywód jego brzmi:

6. Już w stanie prawidłowym prąd soków, wychodzących z naczynia krwionośnego, przeszkadza w pewnym obrębie tworzeniu się chrząstki i osadzaniu w niéj soli; prąd zaś soków wychodzących z naczynia rozszerzonego lub nowo utworzonego w kości sprawia topnienie utkania kostnego i wsysanie soli. Nic więc dziwnego, że w stanie chorobowym przekrwienie naczyń istniejących i tworzenie się nowych, nieodłączne od przewlekłéj sprawy zapalnéj, musi z jednéj strony zwiększać topnienie gotowego już utkania kostnego, z drugiéj sprawiać niedostateczne tworzenie się kości, a szczególniéj zmniejszać osadzanie się soli w chrząstce nowo utworzonéj.

7. Że powyższe zapalenie przewlekłe tak często się zdarza właśnie na nasadach kości w ciągu ostatnich miesięcy płodowych i pierwszych lat życia, pochodzi z różnicy, jaka istnieje między sposobem wzrastania kości a wszelkich innych tkanek w ustroju zwierzęcym. Te bowiem rosną nietylko przez mnożenie się ale i przez zwiększanie wszystkich swych cząstek *(expansio)*; rozmiar zaś kości wzmaga się jedynie przez układanie się nowych warstw tkanki na warstwach już stwardniałych i niezdolnych do rozszerzenia *(appositio)*. Ze sposobu wzrostu kości wynika, że soki odżywcze muszą w kości rosnącéj inaczéj być rozdzielone niż w innych tkankach, tam bowiem nie mogą rozchodzić się wszędzie jednako, lecz muszą kierować się przeważnie ku tym właśnie ograniczonym miejscom kości, gdzie się odbywa sprawa rośnięcia.

8. Jeśli więc w okresie wzrostu energicznego krąży w krwi człowieka przymieszka szkodliwa, zdolna wywołać zadrażnienie zapalne w ścianach naczyń krwionośnych i zaopatrywanych przez nie tkankach: to w kości rosnącéj zadrażnienie takie musi, w skutek właściwego jéj rozdziału soków odżywczych, wzmagać się do wysokiego stopnia na miejscach rośnięcia czyli nasadach.

9. Spostrzeżenia kliniczne wykazują, że krzywicę wywołuje niejedna szkodliwość, lecz że wszelkie czynniki, które upośledzają odżywianie dziecka w okresie najżywszego jego wzrostu, są zdolne wywołać na nasadach kostnych sprawę przewlekłą zapalną, którą zowiemy krzywicą.

10. Jak wszelkie inne czynniki, wywołujące zapalenie, tak samo, i przyrzut kiłowy, krążąc w krwi płodu lub dziecka, musi działanie swe rozwijać szczególniéj na nasadach kości rosnących, i sprowadzać tamże zapalenia silniejsze i spustoszenia.

11. W braku nawet powyższych silniejszych, swoistych zapaleń kości badanie histologiczne wykazuje, prawie bez wyjątku, na nasadach kostnych dzieci, dotkniętych kiłą wrodzoną, objawy zapalenia pomniejszego, przewlekłego, którego następstwem jest krzywica.

12. Kliniczne doświadczenie uczy, że dzieci dotknięte kiłą wrodzoną, prawie wszystkie ulegają krzywicy.

13. Istota krzywicy nie tkwi więc w niedostatecznym dowozie soli wapiennych dla kości rosnących, jeno w przewlekłéj sprawie zapalnéj na miejscach ich rośnięcia. Związek zaś między krzywicą a kiłą polega na zdolności przyrzutu kiłowego do wywoływania sprawy zapalnéj na miejscach najżywszego przyrostu kości.

Powyższe zapatrywania Kassowitza popiera, względnie ścieśnia, Parrot z Paryża. Ten mniema że

14. badając uważnie szkielety ludzkie znajdziemy w części ich bardzo przeważnéj (około 98%) zmiany, odnoszące się do przebytéj kiły. Są one trojakie stosownie do różnego wieku szkieletów. Uporządkowane chronologicznie przedstawiają się

w nasadzie *(epiphysis)*

a) w postaci zwapnienia chrząstki *(chondrocalcaire)*

b) w postaci zgalaretowacenia chrząstki (*gelatiniforme*).
c) w postaci zgąbczenia chrząstki (*chondrospongoide)*.

w trzonie (*diaphysis*)

a) w postaci narośli kostnéj mocno twardéj (*ostéophytes durs*)
b) w postaci narośli kostnéj średnio twardéj „
c) w postaci narośli kostnéj gąbczastéj miękkiéj (*ostéophytes spongoides*).

Z pomiędzy form powyższych ostatnią opisywano dotąd pod nazwą krzywicy. Wszystkie zaś trzy spotykamy albo w różnych szkieletach albo równocześnie w tym samym, gdzie kolejno występowały. W ostatnim razie możemy spostrzedz nieznaczne przejście jednéj formy w drugą.

15. W chwili, gdy kiła wywołuje zmiany w kościach, zwane krzywicą, wyczerpuje się sama: jest to ostatni jéj wysiłek. Gdy zaś pierwsza jest zaraźliwą, drugie nie: mamy przed sobą przykład przeobrażenia się chorób.

Dr. Różański (Lwów).

Olshausen: **O całkowitém wyłuszczeniu macicy.**

W ładnym i nader przedmiotowo spisanym artykule autor na podstawie własnych doświadczeń i na podstawie statystyki operacyj innych autorów zamierza przyczynić się do wydania sądu o jednym i drugim sposobie operowania, wyliczając wszystko, co przemawia za metodami lub przeciw takowym.

Jako przypady głównie groźne w metodzie Freunda (*ventral)* uważa: 1) wstrząs (Shok), 2) krwotok, 3) zakażenie septyczne i możebność skaleczenia ważnych narządów, szczególniéj moczowodów, jak się to przydarzyło nawet najcelniejszym operatorom (Billroth, Czerny, Bardenheuer, Spiegelberg i inni). Przeciw temu rozmaici autorowie rozmaite podają środki, stwierdzone doświadczeniem, i tak: 1) Bardenheüer ubierać radzi chore w podwójne kauczukowe suknie, wypełnione gorącą wodą i operować na stole stanowiącym skrzynię metalową wypełnioną gorącą wodą, aby w ten sposób chronić chore od wstrząsu, przy czém stara się utrzymać kiszki rodzajem fartuszka w jamie brzusznéj górnéj, co jednakże zdaniem autora w większéj liczbie przypadków się nie uda, a zatém niebezpieczeństwa wstrząsu nie zniesie. 2) Dla zabezpieczenia się przed krwotokiem podwiązać *art. uterina* z osobna (Rydygier, Billroth). 3) Przeciw skaleczeniu sąsiednich narządów propozycyję Breiskiego, wykonaną najprzód przez Rydygiera, aby naokoło części pochwowéj macicy naciąć kolisto błonę śluzową sklepień od strony pochwy, przez co macica da łatwo wyciągnąć się w górę, uważa autor za jedno z najważniejszych ulepszeń w technice téj operacyi. 4) Pozostaje niebezpieczeństwo septycemii, tu omawiając ostatnią pracę obszerną Bardenheuera w tym kierunku i chwaląc pilność i wytrwałość w przeprowadzeniu gienijalnych pomysłów jego, przestrzega jednak Olshausen, aby dobremi wynikami Bardenheuera nie zbyt się dać ująć w wydaniu sądu! Za dużoby się ryzykowało, gdybyśmy w skutek rezultatów Bardenheuera drenowanie jamy otrzewnéj w każdéj laparotomii przyjęli za zasadę. Zdanie Bardenheuera, że „ponieważ przy zamknięciu jamy otrzewnowéj absolutne zatamowanie wszelkiéj wybroczyny do téjże jamy jest nieodzownym warunkiem dobrego przebiegu“ i dalszą tego zdania konsekwencyję, że Bardenheuer „nie może więcéj operować w jamie otrzewnowéj bez drenowania,“ uważa Olshausen za nieuzasadnione i niebezpieczne. Dłuższym wywodem i statystyką stara się tego dowieść i tak w ostatnich 46 owaryjotomijach Olshausen tylko dwa razy zakładał dren, a jednę chorą tylko stracił w skutek septycemii.

W ogóle uważa teraz jeszcze sąd, czy metoda wentralna lub waginalna więcéj chroni przed septycemiją, za przedwczesny jednak i niemożebny, pozostawiając go większéj statystyce, niż dotychczasowa.

Wedlug statystyki Kaltenbacha (*Deutsche med. Wochenschrift* 1881, Nr. 11) na 88 zupełnych ekstyrpacyj macicy było 30 wyzdrowień przy metodzie Freunda, lub modyfikowanéj, jednem słowem wentralnéj.

Wyniki Bardenheuera uważa za wystarczające do orzeczenia o sposobie ochrony przed septycemiją, jednakże nieodpowiednie do sądu o metodzie operacyi.

W dalszym ciągu przytacza dotychczasową statystykę metody waginalnéj, którą jako nader zajmującą podaję tu w całości:

Operator	Operacyj	Wyzdrowień	Śmierci
Martin	11	7	4
Schröder	8	7	1
Billroth	7	4	3
Olshausen	6	6	—
Baum	4	2	2
Lane	1	1	—
Czerny	1	1	—
Kaltenbach	1	1	—
Bompiani	1	—	1
Bardenheuer	1	—	1
Razem	41	29	12

Do tego dodać tylko wypada, że Kaltenbach operował nie dla raka, lecz dla *Prolapsus uteri.*

Tu następują historyje choroby sześciu z dobrym skutkiem operowanych Olshausena; wyszły najpóźniéj w 42 dni, najwcześniéj w 26 dni po operacyi. Przebieg nie przedstawia nic zajmującego, u dwóch po jednorazowém przestrzykaniu zdarzył się karbolizm, w jednym przypadku dość groźny.

Dr. Kohn.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Wiadomości pomniejsze.

(A. K.) **Wrzód przedziurawiający żołądka u noworodka** postrzegał Dr. Goadhart. Po porodzie niemowlę zaczęło wymiotować krwią, i wkrótce umarło; badanie pośmiertne wykazało w dnie żołądka wrzód okrągły, drążący, w którym łatwo spostrzedz można było przerwane naczynie. Jest to dopiero drugi przypadek znany w literaturze podobnego cierpienia u płodu: pierwszy opisał Wilson Fox. (*The Lancet*, maj 1881 r.)

(A. K.) Lawson **dla oznaczenia siły wzroku u dzieci** proponuje następujący sposób: na półmisku nasypuje się siemie konopne, proso, nasienie lnu i ptasie *(d'oiseaux)*. Następnie bierze się ziarno konopne, zakrywa się dziecku jedno oko, i nakłania się go do wybierania takich samych ziarn (tj. konopnych); następnie kolejno, w miarę wielkości ziarn, postępuje się podobnie z innemi ziarnami, aż się dojdzie do najdrobniejszych, tj. ptasich ziarn, które odpowiadają Nr. 1 tablicy Jaegera. (*Ophthalm. Hospit. Reports*, 1881).

(A. K.) Dr. Ducastel **stósował z wyraźnym skutkiem lotnik (eter) i makowiec u ospowych,** którzy stanem ogólnym i objawami skórnemi zapowiadali ospę w postaci złośliwéj; le-

czenie należy stósować w okresie jak najwcześniejszym, poprzedzającym ropienie. W wielu przypadkach nie doszło do ropienia, lub téż był nadzwyczaj słaby jego stopień, tak że pryszcze zupełnie nie rozwijały się, a rekonwalescencyja rozpoczynała się 7—9 dnia. Śmierć następowała tylko w przypadkach ospy czarnéj.

Sposób stósowania tego leczenia jest następujący: 1) rano i wieczorem należy wstrzykiwać lotnik pełną strzykawką Pravaza; 2) podawać wewnętrznie wyciąg makowca 0,10—0,20 dziennie (dorosłym) w mięszance 125,00; 3) półtorachlorek żelaza płynny, kropel 20, w mięszance 125,00. Wyciąg makowca i półtorachlorek żelaza płynny podają się na przemian, co godzina po łyżce stołowéj.

Zastrzykiwania lotnika, jeśli się igłę wbija zbyt powierzchownie, wywołują ropnie; autor jednak doradza, ze względu na korzyści téj metody, nie zrażać się tém, zwłaszcza, że podając lotnik wewnętrznie osięga się wyniki bądź ujemne, bądź niepewne. (*Gaz. des Hôp.* 1 września 1881).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie V z dnia 2go marca 1881 r.

Przewodniczący kol. Jordan. Członków obecnych 20.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Przyjęto na członka koresp. Towarzystwa Dra Bronisława Maćkiewicza we Wilnie.

3) Kol. Warschauer odczytał: „Dalsze spostrzeżenia co do użycia chlorku pilokarpinu przeciw błonicy na podstawie doświadczeń z praktyki prywatnéj.“ W dyskusyi zabiera głos kol. Dr. Hubert hr. Krasiński.

4) Kol. Sekretarz odczytuje list kol. Dra Marsa z wnioskiem: „Towarzystwo lek. krak. wybierze Komisyję (przeważnie z położników), któréj poleci zastanowić się nad sprawą akuszerek w Galicyi i uczynić odpowiednie wnioski celem przesłania ich odpowiednim władzom.“. — Kol. Przewodniczący popierając wniosek powyższy jak najgoręcéj, sądzi jednakże, iż należałoby go więcéj uogólnić, i wnosi: Tow. lek. krak. wyznaczy Komisyję, złożoną przeważnie z położników, któraby się zastanowiła nad tém, jakich użyć należy środków, celem zapobieżenia szerzeniu się u nas gorączki połogowéj. — Kol. Jordan, motywując swój wniosek, zwraca uwagę na to, iż do powstania gorączki połogowéj należy bardzo wiele czynników; prócz akuszerek bowiem szerzą ją tak zwane babki, daléj posługaczki a nawet sami lekarze. — Kol. Zarewicz proponuje, aby, uwzględniając nieobecność wnioskodawcy, dyskusyi nad tym wnioskiem nie otwierać, lecz w myśl wniosku kol. Marsa wybrać Komisyję, któraby się zastanowiła, jaki wniosek wziąć pod obrady i w najbliższym czasie zdała sprawę z tego. — Kol. Kohn nie zgadza się z rozszerzeniem wniosku w myśl zapatrywania kol. Jordana, główną bowiem przyczyną gorączki połogowéj jest właśnie nieodpowiednie postępowanie akuszerek; co się zaś tyczy tego, że czasem lekarze chorobę przenoszą, to przeciw temu Komisyja wiele nie zrobi; jak bowiem lekarze powinni postępować, to o tém poucza ich i nauka i własne sumienie; Komisyja zatém może wziąć inicyjatywę w tém, jak doglądać akuszerek, pouczać je, wreszcie karać za zaniedbanie środków ostrożności. Chcąc zatém dojść do właściwego celu, potrzeba dążyć do tego na drodze prawodawczéj, potrzeba ażeby inicyjatywa ta przyjętą i popartą została w całém Państwie a w drodze ustawodawczéj znaleźlibyśmy dość środków na jéj przeprowadzenie. Elaborat więc Komisyi *ad hoc* będzie poniekąd petycyją do zaprowadzenia reformy w ustawie. — Kol. Zarewicz sądzi, że prawo powinno się z równą surowością stósować tak do osób patentowanych jak i dyplomowanych; to téż ma na celu wniosek kol. Przewodniczącego, przeciwnie zaś w myśl wniosku kol. Marsa wyjdzie znów cyrkularz li tylko dla akuszerek, co zdaniem jego sprawy w niczém naprzód nie posunie; dla tego jest za wnioskiem kol. Jordana, jako daléj idącym.—Kol. Kohn oświadcza w celu wyjaśnienia swego zapatrywania, że nie chodzi tu o różnicę w zastósowaniu prawa dla osób patentowanych a dyplomowanych, gdyż prawo i tak daleko surowszém jest dla lekarzy a wyrozumialszém dla akuszerek, jako mniéj wykształconych, w każdym razie przeto reforma ta powinna być skierowaną li tylko ku temu, aby lepiéj można nadzorować akuszerki i poczynić wszelkie możliwe kroki, aby złemu zaraz stanowczo zaradzić.—Po zamknięciu dyskusyi poddano oba wnioski pod głosowanie, wniosek kol. Przewodniczącego większością głosów przyjęto. Do Komisyi wybrani zostali obaj wnioskodawcy, nadto koledzy: prof. Madurowicz, Kohn, Wilkosz, Rybczyński, Wiszniewski, Stępiński, Buszek i Doc. Grabowski.

Dr. Stanisław Balicki sekretarz.

V. Wiadomości bieżące z zakładów klinicznych w Erlandze i Tübindze.

Podał Dr. W. Jaworski.

(Dokończenie. Patrz Nr. 36).

W klinice chirurgicznéj prof. Heineckego w Erlandze umieszczonéj w bardzo obszernym gmachu dwupiętrowym i w dwóch pawilonach letnich dobrze wentylowanych na 70 chorych, oprócz wspomnianéj resekcyi odźwiernika i niedoszłéj resekcyi raka żołądka, był ciekawym pod względem fizyjologicznym następujący przypadek. U wieśniaka zranionego kosą między 3 a 4 kręgiem szyjnym wystąpił, pomimo zabliźnienia się rany, skurcz mięśni ciągle się utrzymujący, całéj lewéj połowy ciała, a różnica ciepłoty między stroną lewą a prawą wynosiła 2°C. Z powodu wzmagającéj się skoliozy założono przyrząd ekstensyjny, jednak stężenie mięśni się powiększało, nastąpił szczękościsk i chory po 6-godzinnéj agonii umarł. Podczas tego zauważano podnoszenie się ciepłoty ciała do 46°C. Do opatrywania ran używają tu wprawdzie przyrządu antiseptycznego Listera, lecz w znacznéj ilości przypadków, szczególnie przy ranach z obfitą wydzieliną, np. po wydłutowaniu kości spróchniałych, zastosowują tu jodoform, nasypując go na ranę w grubéj warstwie. Środek ten nie sprawia ani bólu ani zatrucia jodowego. Z dobrym skutkiem zastosowują tu także jodoform *in substantia* na wrzód miękki. Bardzo praktyczny sposób do oznaczenia klinicznego, czy nastąpiło zatrucie kwasem karbolowym, lub téż nie, pokazał mi prof. Heinecke za pomocą próby moczowéj, na następujących faktach polegającéj. Chlorek barowy sprawia w moczu prawidłowym osad biały siarkanu barowego, w wodzie i kwasach nierozpuszczalny. Jeżeli np. z opatrunku dostanie się do ustroju kw. karbolowy, to występuje on w moczu w połączeniu z kw. siarkowym w postaci fenolosiarkanów. Jeżeli więc znaczna ilość kw. karbolowego zostanie wessaną, nie będzie w moczu siarkanów, tylko fenolosiarkany, a w takim razie dodany chlorek barowy nie sprawia żadnego osadu, ponieważ fenolosiarkan barowy jest we wodzie rozpuszczalny. Brak osadu w moczu za dodaniem chlorku barowego dowodzi wessania znaczniejszéj ilości kw. karbolowego. W Tübindze w klinice chirurgicznéj prof. Brunsa, również obszernéj, wygodnie urządzonéj, mogącéj pomieścić 80 chorych, okazywano mi watę i gazę własnego wyrobu, napojoną mięszaniną kw. karbolowego i salicylowego. Zachwalono jéj użyteczność, pokazując chorego z amputacyją uda, u którego taki opatrunek, aż do zabliźnienia pozostawiono, t. j. przez trzy tygodnie opatrunku niezmieniono. Daléj okazywano jako curiosum 7-letniego chłopca, u którego podczas wykonywania resekcyi stawu bio-

drowego pokazało się, że panewki na prawidłowém miejscu nie było, lecz główka kości udowéj leżała we *foramen obturatorium*, co uważano za zmianę wrodzoną nieprawidłowego położenia stawu biodrowego. Główkę wraz ze szyjką na 2cm. długości odpiłowano, gdyż o tyle prawa odnoga była dłuższą.

W klinice tutejszéj położniczéj prof. Zweifla wykonano przed dwoma tygodniami owaryjotomiję, która z powodu przebiegu choroby i nieprzewidzianéj komplikacyi zasługuje na wzmiankę. U kobiety 40 letniéj rozwinął się guz brzuszny w którym lekarz zrobił punkcyję. Mąż obecny przy punkcyi przypatrzył się téj operacyi, kupił trójgraniec i zrobił na swą rękę w ciągu dwóch lat 50 punkcyj, co można było na bliznach policzyć. Gdy jednak, pomimo wysadzenia ścian brzusznych, po nakłuciu nic nie wypływało, przywiózł żonę do kliniki. Kobieta, mocno kachektyczna z obrzękiem około kostek, zgodziła się na wycięcie torbiela. Po rozcięciu ścian brzusznych znaleziono znaczne zrosty torbiela z otrzewną, czego się spodziewano, ale obok tego, czego nie przewidywano, były nacieki rakowe na otrzewnie. Dla tego téż przypadek ten w 11 dniu zakończył się śmiercią. Sekcyja wykazała posokowate zapalenie otrzewny. Była to dwunasta owaryjotomija wykonana tu w tym roku, a jak mnie zapewniają dopiero druga z niepomyślnym skutkiem. Bo téż prof. Zweifel w swych zabiegach operacyjnych jest do pedantyzmu ostrożnym. Dniem przed operacyją sala dezinfekcyjonuje się palącą siarką, wnosi się do niéj naczynia i przyrządy operacyjne zanurzone w wodzie karbolowéj i zamyka; nazajutrz rano rozpylacze przez kilka godzin skrapiają salę parą karbolową. Uczestnicy i widzowie operacyi muszą dniem przedtém przysłać swe suknie do kliniki w celu dezinfekcyjonowania tychże, a rano przyszedłszy do kliniki muszą się tam skąpać i przywdziać dezinfekcyjonowane suknie. Inny okaz operacyjny na téj klinice przedstawia kobieta z wyłuszczonym włókniakiem wewnątrzmacicznym, obecnie z jamą brzuszną zapadniętą po usunięciu nowotworu. Tumor ten został w trzech posiedzeniach przez pochwę wyłuszczony. Co do gorączki połogowéj, to zapewniają mnie, że ona się tu trafia, jednak w tym roku żadna położnica z powodu niéj nie umarła, gdyż w razie podniesienia ciepłoty zastosowują zaraz stałe natryski 5% kw. karbolowego, pozostawiając rurkę dopływową w pochwie przez 6 lub więcéj godzin dziennie.

Najwięcéj materyjału ma tu klinika okulistyczna prof. Sattlera tak w stałych jak i dochodzących chorych. Nie napotyka się tu szczególniejszych przypadków jak w Krakowie. Trachoma jest tu o wiele rzadsze, niż u nas, za to obrażenia są częstsze, a w następstwie i sympatyczne cierpienia drugiego oka. Przy tém ostatniém zachowują się tu dość biernie, przystępując w ostateczności do wyłuszczenia gałki ocznéj. W początkach sympatycznego cierpienia utrzymują chorego przez kilkanaście dni w zupełnie ciemnym pokoju, zalecają spokój i podają środki przeczyszczające solne. Przy takiém leczeniu, twierdzi prof. Sattler, znaczna część sympatycznych cierpień sama ustępuje. Jednym z najczęstszych środków leczniczych w téj klinice używanych jest, obok azotanu srebrowego, kw. borowy w proszku a szczególniéj jako maść. Przypisują temu lekowi działanie antiseptyczne i próbują go we wszystkich cierpieniach spojówki. Chwalą szczególnie jego skuteczność.

Szanowni czytelnicy pozwolą jeszcze, jeżeli po tych szczegółach uczynię kilka ogólnych uwag nad tutejszemi stosunkami uniwersyteckiemi.

Nie da się zaprzeczyć, że małe uniwersytety niemieckie najwięcéj zasypują literaturę naukową swemi rozprawami. Przyczyną tego są pewne korzystne warunki, w jakich się te zakłady znajdują. Obfitują one w materyjał doświadczalny aczkolwiek niedoborowy, gdyż w obec 21 niemieckich uniwersytetów żadnego wyboru sobie pozwolić nie mogą i tylko z tego korzystać muszą, co się nadarza. Do korzystania z materyjału dozwala nietylko umieszczenie dogodne i obszerne zakładów, ale bardzo znaczne środki pieniężne, dostarczane przez rząd, umożliwiające wykonanie nawet bardzo kosztownych prób doświadczalnych. Czasu wolnego do pracy samoistnéj w tych zakładach jest bardzo wiele. Profesor może tylko swemi pracami się zająć, gdyż ma przynajmniéj dwóch asystentów do załatwienia czynności w zakładzie i do pomocy w doświadczeniach. Asystenci zaś nie są tém bynajmniéj obciążeni, gdyż dzielą między siebie czynności i mają znów czterech asystentów pomocniczych, którzy ich wyręczają. Ci ostatni są kandydatami zdającemi egzamina, z takiego więc zajęcia korzystać tylko mogą. Do rozszerzenia i utrwalenia tych prac przyczynia się także wzajemne popieranie moralne uczonych niemieckich, którzy prace swoich ziomków nie z pewnym skeptycyzmem lub obojętnością przyjmują, ale je nad zagraniczne przenoszą i na nich prawie wyłącznie polegają. Mówiąc ze studentem niemieckim miałem sposobność nieraz słyszeć, że wszystko w nauce tylko Niemiec wynalazł. Francuski student z tém samém przekonaniem twierdzi, że w nauce wszystko Francuz stworzył.

Inaczéj rzecz się ma, gdy chodzi o rozstrzygnięcie, o ile te liczne rozprawy mają rzeczywistą wartość. Kierunek badania i przedstawienia już z natury swéj jest u Niemców spekulatywnym, pełen przypuszczeń, rozprawiający o faktach małéj wagi *per longum et latum*, w sposób drobiazgowy. Można téż słyszeć docentów niemieckich bez ogródek mówiących: „od dwóch lat nic nie pisałem, trzeba w tych dniach co napisać". Albo jeszcze częściéj: „ta metoda od kilku lat się używa, trzeba nową wymyśleć." Weźmy daléj np. te liczne dysertacyje doktorskie, które w najlepszym razie rozpoczynają się w pracowni lub klinice, a kończą kompilacyją z rozmaitych dzieł. To téż mało się znajdzie takich rozpraw, które dla ważności przedmiotu samego są pisane, lecz dla tego jedynie, aby coś koniecznie napisać. Jeżeli się zważy jeszcze tę okoliczność, że wielu piszących tu bawi się w nowatorstwo w nadziei dostania się na większy uniwersytet, łatwo się pojmie, jak wiara dobroduszno-pobożnego czytelnika zagranicznego, czczącego obcych bogów, może być nadużytą do nakręconych faktów i teoryj, w które sam autor nie wierzy i jutro po wymyśleniu nowéj jako przestarzałe ogłosi.

Mówiąc o nauce wspomnę jeszcze o metodzie nauczania w tutejszych zakładach klinicznych. Nauka w każdéj klinice dzieli się na godziny teoretyczne i praktyczne, zwane polikliniką (ambulatoryjum). W obydwóch godzinach jest uczeń tylko biernym świadkiem. Do kliniki po za godzinami wykładowemi w celu obserwacyi nie zagląda i bada tylko wywołany z rzędu w poliklinice przy pomocy profesora. To téż odpowiedzi nawet praktykantów są tak pod względem teoryi jak i praktyki bardzo mierne. Bezwarunkowo należy dać pierwszeństwo metodzie uczenia, używanéj w naszych klinikach krakowskich, pozwalającéj nabycia więcéj samodzielności i wykształcenia praktycznego, przeto i wykształcenie lekarskie ucznia krakowskiego przeciętnie wyżéj stoi, niż niemieckiego.

Erlanga w lipcu 1881.

VI. Sprawozdanie z niektórych rozpraw mianych w sekcyi chirurgicznéj Zjazdu w Londynie.

Podał Dr. Rydygier.

Stósownie do mego przyrzeczenia podam kilka uwag o rozprawach sekcyi chirurgicznéj. Poprzednio nadmienię tylko, że podług spisu z dnia ostatniego brało udział w Zjeździe 3146 członków. Udział w posiedzeniach sekcyjnych stosunkowo do tak olbrzymiéj liczby ogólnéj był dość słaby. Nadto wielu członków zwiedzających posiedzenia sekcyjne rzadko kiedy na całém posiedzeniu zostawało, tak że mianowicie ku końcowi posiedzeń zamieniała się nieraz sala posiedzeń w promenadę: jedni wchodzili, drudzy wychodzili. Widziałem nawet, że na ostatniém posiedzeniu naszéj sekcyi prelegent czytał w obecności 4 lub 5 osób i to w dodatku niesłuchających wykładu: prezes nawet wyszedł, a zastępował go wiceprezes. Przyczyny tego niepocieszneg zjawiska szukać należy po pierwsze w nadto obfitym programie wycieczek, zabaw i obiadów u rozmaitych znakomitości; powtóre w używaniu niemal wyłączném języka angielskiego, jako wykładowego, a dla wielu uczestników w potocznéj mowie niezrozumiałego. Niejeden z nas rozumiejąc swego angielskiego autora sądził, że przynajmniéj niektóre wykłady zrozumie, tymczasem pokazało się późniéj, że bardzo odmienna i niewyraźna mowa utrudniała zrozumienie wykładów. Wprawdzie ogłoszono poprzednio, że rozprawy będą się toczyły w języku angielskim, francuskim i niemieckim, lecz grubo się omylił ten, który liczył na wielkie korzyści naukowe z wykładów ufając na swoją znajomość ostatnich języków, bo ich tylko bardzo wyjątkowo używano. Nareszcie równoczesne odbywanie posiedzeń kilku sekcyj sprawiało chodzenie z jednéj sali do drugiéj, ja sam nieraz zwiedzałem sekcyję ginekologiczną.

Co do udziału w Zjeździe z naszéj strony, to był bardzo nieliczny: z Krakowa widziałem prof. Adamkiewicza, Dr. Buszka i prof. Madurowicza, z Warszawy prof. Kosińskiego, z Poznania Dra Wicherkiewicza, z Wilna Dra Lewandowskiego oprócz kilku innych.

Pierwsze posiedzenie sekcyjne zagaił przewodniczący Erichsen dając pogląd na prace, jakie sekcyję czekają. W pięknéj i obszernéj mowie wywiązał się wybornie ze swego zadania. Przystąpiono do porządku dziennego i pierwszy wykład odczytał Dr. Walter Reid „o opasce elastycznéj Esmarcha przy tętniakach obwodowych“. Opisał jeden swój przypadek tym sposobem leczony, daléj wymienił rodzaje tętniaków, jakie podług jego zdania nadają się do tego leczenia, a nareszcie starał się wykazać, w jaki sposób wyleczenie następuje. Po nim mówił A. Pearce Gould uznając wyższość sposobu Esmarcha nad uciskaniem palcami lub narzędziami i podwiązaniem tętnicy Kiedy bowiem ostatnie sposoby zatrzymują zupełnie lub zmniejszają obieg krwi tylko w głównem naczyniu; elastyczna opaska wpływa także na mniejsze naczynia i anastomozy. Mimo to i Gould twierdzi, że nie przy wszystkich tętniakach obwodowych można używać opaski elastycznéj ze skutkiem. Podaje tablicę zawierającą 62 przypadków leczonych opaską Esmarcha: z tych wyleczonych 35, umarło w czasie leczenia 3, niewyleczonych 24. Większą część ostatnich wyleczono następnie podwiązaniem odpowiedniéj tętnicy. Co mnie przy tém zestawieniu uderzyło, a co może Anglików charakteryzuje, to okoliczność, że autor nie uwzględnił wcale obcéj literatury, chociaż mówi o sposobie leczenia zaleconym nie przez Anglika. W tym samym przedmiocie zabierali jeszcze głos Bryant i Pemberton. Ostatni opisał przypadek, gdzie po użyciu opaski Esmarcha nastąpiła zgorzel odnogi i musiano amputować.

Na drugiém posiedzeniu sekcyjném toczyły się rozprawy o nowych postępach w leczeniu guzów intraperytonealnych. Wstępny wykład miał T. Spencer Wells; ku końcowi okazał znaczny zbiór preparatów wykazujący w jaki sposób goją się rany ścian brzusznych, do szwu używa zwykle drutu. Po nim mówił Lawson Tait podając następujące zasady przy operacyjach brzusznych do przestrzegania: 1) Operować wcześnie przed wycieńczeniem znaczniejszém sił chorego; 2) Brzuch otwierać ostrożnie w *linea alba*; 3) Zapobiegać z nadzwyczajną troskliwością wypłynięciu treści torbielowéj do jamy brzusznéj; 4) W każdym razie jamę otrzewnową po operacyi zupełnie zamknąć; w razie potrzeby założenia sączków do jamy guza należy ściany jego poprzednio ze ścianami brzusznemi zeszyć; 5) Chorego troskliwie chronić przed wszelkiemi niezdrowemi i zaraźliwemi wpływami. Listera sposób, który autor w małéj liczbie przypadków stosował, znalazł trudnym w zastósowaniu i niepraktycznym. (Rozumie się, jak ktoś zaczyna dopiero używać tak złożonego opatrunku, jak Listerowski, natrafia z początku na trudności i nie ma téż tak świetnych wyników, jak ten, który się już wprawił w jego używaniu. *Ref.*)

Następnie opisał de Zwaan swoją zmianę sposobu Péana przy wycinaniu macicy. Po nim mówił Czerny o wycinaniu odźwiernika żołądka. Czerny wykonał 21 czerwca b. r. tę operacyję i to dotychczas z dobrym skutkiem.

Na następnych posiedzeniach następujące odczyty na wzmiankę zasługiwały: „O rozpoznawaniu i chirurgiczném leczeniu niektórych chorób nerek“. Wstępny wykład wygłosił po niemiecku prof. Czerny, a po nim zabierali głos Barkel, Lucas i inni. W piątek dnia 5 sierpnia mówiono: „O nowszych postępach w wydaleniu kamieni z pęcherza moczowego u mężczyzn“. Tu zabierali głos tak sławni na tém polu mężowie, jak Thompson i Bigelow. Daléj mówiono o nowotworach sutków. W sobotę toczyły się rozprawy nad chorobami stawów i starano się rozwiązać kwestyję o znaczeniu wczesnych i późnych resekcyj. Ale podobnie jak w Berlinie na ostatnim zjeździe chirurgów dyskusyja nad gruźliczém zapaleniem stawów pozostała bezowocną tak i tu nie doprowadziła do porozumienia i ustalenia zdań w kwestyi tak ważnéj.

Poniedziałkowe posiedzenie przedpołudniowe zajęła dyskusyja nad warunkami przeszkadzającemi zrośnieniu doraźnemu ran po operacyjach i nad sposobami leczenia, któreby mogły ten wynik tyle pożądany zabezpieczyć. Debatę rozpoczął Savory, daléj ją prowadzili Gamgee, Humphry, Verneuil, Esmarch, Volkmann i inni a zakończył ją Lister. Zauważyłem podczas tych ożywionych debat, że niektórzy z mówców mówili o rzeczach znanych prawie każdemu studentowi i każdy z nich niemal od tych znanych, że nie użyję dosadniejszego wyrazu, rzeczy swój wykład rozpoczynał, a w ogóle bardzo mało dodał. Bo cóż, proszę, w tém nowego, jeżeli ktoś długo i szeroko wykłada, że *prima intentio* najłatwiéj nastąpi, jeżeli braknie napięcia połączonych części, jeżeli ranę ochronimy przed zapalnemi procesami, jeżeli postaramy się o spokój dla operowanéj części, dokładnie podwiążemy naczynia itp. rzeczy Twierdzenie zaś, że u starców i bardzo osłabionych trudniéj-

jest osiągnąć rychłozrost dla braku potrzebnych do tego energicznych sił odżywczych, nie zawiera także nic nowego ani oryginalnego, ale jest przynajmniéj słusznêm; nie można tego powiedzieć o innêm twierdzeniu pana Humphry wypowiedzanêm na wstępie wykładu, że u dzieci trudno osiągnąć *primam intentionem* dla nadzwyczajnéj delikatności i czułości tkanek, które nawet po małych zadraźnieniach mają wywoływać zapalenie i owrzodzenie: na to chyba nie wszyscy chirurdzy się zgodzą. Wiadomo bowiem, że przeciwnie u dzieci bardzo łatwo osiągnąć możemy rychłozrost, bylebyśmy odpowiednim opatrunkiem ranę pokryli. Wyjątek tu tylko stanowić mogą dzieci słabowite i zołzowate. Esmarch starał się statystyką ze swéj kliniki dowieść, że zmieniony przez niego opatrunek Listerowski, t. zw. *Dauerverband*, najwięcéj się przyczynia do zapewnienia sobie rychłozrostu ran. Od dłuższego czasu już używam w mojéj klinice tego sposobu i mogę powiedzieć, że posiada niepoślednie zalety.

Na ostatniêm posiedzeniu mówiono: „O wpływie gruźlicy, dny i innych usposobień na kiłę. Rozprawy rozpoczęli Verneuil i Hutchinson. Po nich udział brali w dyskusyi Berkeley Hill, Benett i inni.

Na posiedzenie sekcyi ginekologicznéj poszedłem, gdy była mowa o wycinaniu macicy. Wstępny wykład miał mieć Freund, ale w jego nieobecności przeczytano tylko jego wykład umieszczony w *abstracts*. Wielką było dla mnie przyjemnością usłyszeć, że Freund na główniejsze przezemnie proponowane zmiany jego sposobu się zgadza, nazywając je — podobnie jak w ostatnim numerze *Berl. klin. Wochenschrift* prof. Olshausen — bardzo ważnemi i korzystnemi.

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* Sprawozdanie Departamentu V Wydziału krajowego (Ref. Dr. Hoszard).

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 36).

Koszta szczepienia. W wykonaniu uchwały Wysokiego Sejmu z dnia 28 sierpnia 1877 ustanawiającéj cztery nagrody dla lekarzy lub chirurgów, którzy się przy szczepieniu ospy ochronnéj odznaczyli, udzieliliśmy, zgodnie z wnioskiem c. k. Rady zdrowia z dnia 17 lutego 1880 i z propozycyją c. k. Namiestnictwa z dnia 1 marca 1880 l. 1079, za rok 1879 pierwszą nagrodę w kwocie 200 złr. a. w. lekarzowi powiatowemu Dr. Józefowi Barzyckiemu w Rzeszowie, drugą nagrodę w kwocie 180 złr. chirurgowi Adolfowi Landauowi w Gródku, trzecią nagrodę w kwocie 150 złr. w. a. lekarzowi powiatowemu Dr. Franciszkowi Niedźwieckiemu w Gródku, czwartą nagrodę w kwocie 100 złr. lekarzowi powiatowemu Dr. Alojzemu Rothowi w Bochni, za rok 1880 zaś udzieliliśmy, zgodnie z wnioskiem c. k. Rady zdrowia z dnia 4 stycznia 1881 i z propozycyją c. k. Namiestnictwa z dnia 21 stycznia 1881 l. 1804 pierwszą nagrodę w kwocie 200 złr. w. a. chirurgowi Adolfowi Landauowi w Gródku, drugą nagrodę w kwocie 180 złr. w. a. lekarzowi Dr. Ignacemu Jendlowi w Drohobyczy, trzecią nagrodę w kwocie 150 złr. chirurgowi Maurycemu Feuersteinowi w Nadwórnie, czwartą nagrodę w kwocie 100 złr. w. a. chirurgowi Joachimowi Grabkowiczowi w Tarnowie.

Odezwą z 10 marca 1881 do l. 12.804 przedstawiło nam c. k. Namiestnictwo propozycyje krajowéj Rady zdrowia w przedmiocie unormowania szczepienia ochronnego w miastach. Wydział krajowy w piśmie z 12 lipca 1881 do l. 23.625 odpowiedział c. k. Namiestnictwu, że w zupełności uznaje potrzebę energicznego wykonywania obowiązujących przepisów, tak co do szczepienia ospy ochronnéj, jak co do wywierania w tym celu pośredniego przymusu zwłaszcza w miastach i miasteczkach kraju naszego. Jednakowoż na propozycyje krajowéj Rady zdrowia zgodzić się nie może. W § 2 tych propozyj powiedziano, iż koszta szczepienia ponosi fundusz krajowy, płacąc lekarzowi szczepiącemu po 10 ct w. a. za szczepienie i rewizyję każdego dziecka, w § 9 zażądano, aby dla łatwiejszego otrzymania krowianki humanizowanéj wyznaczać z funduszu krajowego nagrody pieniężne dla ochotników do zbierania. Oba te §§ nałożyłyby przeto na fundusz krajowy nowy i znaczny ciężar. Przyjmując według dat statystycznych ilość dzieci podlegających szczepieniu od 3ch miesięcy do 2 lat w miasteczkach i miastach jako 5.06% ogólnéj ludności kraju, otrzymamy prawdopodobną cyfrę 69.682 dzieci, których szczepienie kosztowałoby rocznie fundusz krajowy 6968 złr. Nagrody, według § 9 podniosłyby tę kwotę ponad 7000 rocznie. Takiego wydatku ani Wydział krajowy przyjmować na fundusz krajowy nie ma kompetencyi, ani może doradzać jego przyjęcia Wysokiemu Sejmowi, tak ze względu na ogólne niepomyślne stosunki finansowe, jak z powodu, że ścisłe wykonywanie obowiązujących przepisów już samo przez się potrzebie zadość uczynić zdoła.

Koszta sanitarne. C. k. Ministerstwo spraw wewnętrznych poleciło c. k. Namiestnictwu reskryptem z dnia 20 listopada 1880 l. 16.500, ażeby wyjaśniło na jakiéj postawie prawnéj bywają ⅔ części kosztów za leki dla epidemicznych chorych ubogich w kraju naszym opłacane z funduszu państwowego i aby zastanowiło się nad pytaniem, czy dotychczasowy wyjątkowy sposób opłacania tych kosztów przez państwo ma być na dal zatrzymanym w Galicyi w obec tego, że w innych prowincyjach takie koszta wedle ogólnych przepisów ponoszą gminy, względnie fundusze krajowe, lub inne do tego obowiązane osoby. Na odezwę c. k. Namiestnictwa z dnia 14 lutego 1881 l. 61926, którą Wydział krajowy o objawienie zdania swego w tym względzie, upraszano, odpowiedzieliśmy c. k. Namiestnictwu odezwą z dnia 25 lutego 1881 l. 8224: „że koszta te ponosi fundusz krajowy w jednéj trzeciéj części, a skarb Państwa w dwóch trzecich częściach na mocy układu zawartego z Rządem z dnia 7 lipca 1866, a zatwierdzonego reskryptem c. k. Prezydyjum Namiestnictwa z 30 sierpnia 1868 l. 7697/pr.“ — że ustęp III lit. B. tego układu wyraźnie opiewa: „Wydatki na lekarstwa z powodu szczepienia ospy, lub téż w wypadkach innych chorób epidemicznych, ponosi w myśl dekretu Kancelaryi Nadwornéj z 17 lipca 1786, l. 1299 i rozporządzenia ministeryjalnego z dnia 14 marca 1849 D. ust. P. Nr. 165, w jednéj trzeciéj części fundusz krajowy a w dwóch trzecich częściach skarb Państwa“: że zatêm przytoczone okoliczności, jakoby w innych krajach koronnych miały ponosić koszta za medykamenta dla ubogich chorych epidemicznych gminy, a względnie fundusze krajowe, nie mogą, w obec zawartego układu z Rządem, zastosowane być do Galicyi, têm mniéj, ile że według udzielonych nam wyjaśnień Wydziałów krajowych, skarb Państwa ponosi dwie trzecie części pomienionych kosztów także w Tyrolu, Morawii, Salzburgu, Krainie, Styryi i na Bukowinie; daléj, że z tych powodów jesteśmy zdania, iż dotychczasowy sposób płacenia kosztów sanitarnych winien być i nadal zatrzymanym; w końcu, że Wydział krajowy zastrzega się ponownie przeciw jakiemukolwiek obciążeniu funduszu krajowego i oświadcza, iż nie odstępuje od wniesionego już kilkakrotnie żądania, ażeby i owa jedna trzecia część pomienionych kosztów, którą opłaca fundusz krajowy, przyjętą została na Skarb Państwa“. Zanim jednak żądanie to ponowić będziemy mogli, wyczekujemy jeszcze rezultatu procesu wytoczonego Rządowi w tym względzie przez Wydział krajowy Krainski przed Trybunałem Państwa, o którym Wydział krajowy kraiński, odezwą z dnia 26 lutego 1881 l. 927, zawiadomić nas przyrzekł.

Krajowy szpital powszechny we Lwowie. Wydatki ogólne szpitala we Lwowie w roku 1877 wynosiły 199.682 zł., chorych było 8.213, zatêm jeden chory kosztował 24 zł. 31 ct. w r. 1878 wynosiły 193.777 zł., chorych było 8.737, zatêm jeden chory kosztował 22 zł. 17 ct.; w r. 1879 wynosiły 182.266 zł., chorych było 9.288, zatêm jeden chory kosztował 19 zł. 62 ct.; w r. 1880 wynosiły 180.009 zł., chorych było 9.757, zatêm jeden chory kosztował 18 zł. 39 ct. Okazuje się z tego porównania, że się wydatki w ogóle od czterech lat z roku na rok zmniejszały, podczas kiedy się liczba chorych wzmagała. Utrzymanie jednego chorego kosztowało w r. 1880 przeciętnie o 5 zł. 92 ct. mniéj, niż w r. 1877. Koszt jednego

dnia żywienia chorego wynosił w r. 1877 — 33.56 ct. przy 193.453 dniach leczenia; w r. 1878 — 28.76 ct. przy 209.358 dniach leczenia; w r. 1879 — 26.40 ct. przy 211.258 dniach leczenia; w r. 1880 — 28.18 ct. przy 197.579 dniach leczenia. Z czego wypływa, że w r. 1880 koszt żywienia chorego na dzień był mniejszy o 5.38 ct. niż w r. 1877.

Spełniając polecenie Wysokiego Sejmu ograniczyliśmy przyjmowanie chorych — rozporządzeniem z dnia 27 lipca r. 1880 l. 34.084, wykluczając chorych nieuleczalnych lub dotkniętych chorobami niewymagającemi koniecznie traktowania szpitalnego. W skutek tego zmniejszyła się w szpitalu lwowskim ilość dni leczenia w r. 1880 w porównaniu z r. 1879 o 13.679, pomimo że zarządzenie nasze wykonywaném było tylko przez cztery miesiące ubiegłego roku. W pierwszém półroczu r. 1881 było chorych 4.682, a dni leczenia 89.361, podczas kiedy w tych samych miesiącach roku ubiegłego było chorych 5.772 a dni leczenia 117.202. Liczba chorych zmniejszyła się zatém o 1.090 czyli o 18 8 procent, a dni leczenia o 27.841 czyli o 23.6 procent. W ogóle przedstawia się r. 1880 w porównaniu z r. 1879 jak następuje: *a)* łóżek było w r. 1879: 710; w r. 1880: 710; *b)* chorych było w r. 1879: 9.288; w r. 1880: 9.787; *c)* dni leczenia było w r. 1879: 211.258; w r. 1880: 197.579; *d)* przeciętny pobyt chorego wynosił w r. 1879: 22.11 dnia; w r. 1880: 20.18 dnia; *e)* procent śmiertelności w r. 1879: 7.73; w r. 1880: 9.58 [1]). Na oddziale chirurgicznym dokonano w r. 1880 większych operacyj 265, mniejszych 319; założono opasek gipsowych 74. Na oddziale ocznym wykonano operacyj 287. Ilość chorych na syfilis zmalała o 1650 w porównaniu z rokiem poprzednim. Do szpitala św. Zofii odesłano chorych dzieci 263.

W r. 1880 było w szpitalu: Lekarzy wraz dyrektorem, chemikiem i prosektorem 23, Urzędników wraz z rządcą 5, Dyjurnistów 5, Kapelanów 2, Aptekarz 1, Siostr Miłosierdzia 28, Woźny i odźwiernych 3, Posługaczy przy chorych 59, Służby domowéj 25, Służby kuchennéj 18. (C. d. n.)

* Rozporządzenie Ministerstwa spraw wewnętrznych z d. 23 maja 1881 do L. $\frac{21035}{1865}$. W okręgu Pragi i Gracu rozsyłają wody mineralne naturalne, które dla podwyższenia ich wartości kwasem węglowym nasycają. Wody tak przyrządzone nie mogą w myśl opinii Rady zdrowia krajowéj i najwyższéj być uważane jako naturalne tylko jako sztuczne i podpadają pod te same przepisy, jak wszystkie wody mineralne sztuczne. Należy przeto zawiadomić wszystkich przedsiębiorców wód mineralnych, aby te jedynie wody mineralne miały nazwę naturalnych, do których przy napełnianiu nie dodaje się ani gazowych ani płynnych, ani żadnych części stałych i nie wolno bez poprzedniego pozwolenia władz politycznych sprzedawać wody mineralne zawierające pewne przymieszki i w czasie ich napełniania do butelek dodawane. Przy udzielaniu pozwolenia na sprzedaż wód mineralnych sztucznie poprawianych należy zwracać uwagę na to, aby przyrządy i dodatki do preparowania wód naturalnych używane nie zanieczyszczały fabrykatów w sposób dla zdrowia szkodliwy. Władzom politycznym poleca się, aby nad wodami mineralnemi w ich okręgu napełnianemi i na sprzedaż rozsyłanemi ścisły dozór rozciągnęły.

* W Atenach wybuchła febra tyfoidalna, która sroży się w sposób przerażający; obecnie leczą w stolicy greckiéj na tę chorobę 2.000 chorych, co czyni 1/10 ludności. (*Progrès méd.*)

□ *New-York medical Record* donosi, iż pewna kobieta, rodząc po raz drugi, porodziła dziecko żywe ważące 11.875 grm., a mające długości 81 cm. Łożysko ważyło 5 kgrm. Przed 6ciu laty urodziła nieżywe dziecko ważące 9 klgrm. a mające długości 72 cm. Matka ma wysokości 7'9'' a ojciec 7'7''. (*D. med. Zeitung* 1881, Nr. 28).

Statystyka epidemij. W tygodniu 33 (do 13 sierpnia) ospa w Londynie bardziéj się zmniejszyła. Leczyło się w szpitalach 692, świeżo zapadło 112, umarło 29. W Wiedniu umarło 8, w Petersburgu i Paryżu po 19. Z duru osutkowego umarło w Budapeszcie 7, w Londynie 3, w Petersburgu 15. Z biegunki umarło mniéj we wszystkich większych miastach. W tygodniu 34 (do 20 sierpnia) umarło w Krakowie: 1 z ospy, 3 z odry, 1 z płonicy, 4 z krztuśca, 3 z czerwonki, a doniesiono w tymże czasie: o 3 przypadkach błonicy, 5 duru osutkowego, 7 czerwonki, 1 róży.

W tygodniu 33 (do 13 sierpnia) umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 34,2; we Lwowie 24,5; w Poznaniu 38,5; w Wiedniu 27,0; w Budapeszcie 40,2; w Berlinie 35,5; w Wrocławiu 43,1; w Gdańsku 23,0; w Mnichowie 38,9; w Dreźnie 35.7; w Lipsku 32.2; w Bazylei 27,6; w Brukseli 23,3; w Amsterdamie 20,2; w Hadze 25,1; w Paryżu 28,3; w Londynie 21,5; w Kopenhadze 17,2; w Stokholmie 15,8; w Chrystyjanii 16,3; w Petersburgu 49,7; w Odesie 38,1; w Wenecyi 27,3; w Bukareszcie 21,3; w Madrycie 38,0; w Aleksandryi 43,9; w Nowym Jorku 49,4; w Filadelfii 27,2; w Bombaju 37,6; w Madrasie 33,8. *J. B.*

[1]) Dla porównania przytaczamy, że jeden z najlepiéj urządzonych szpitali w Wiedniu, szpital Rudolfa, mający taką samą prawie ilość łóżek, co szpital lwowski i 30 znakomitych lekarzy, wykazuje śmiertelności 12.60 procent, a średni czas pobytu chorego 32.16 dni.

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 7 września. Namiestnictwo rozesłało Nr. 49 Dziennika ustaw i rozporządzeń krajowych, zawierający rozporządzenie Ministerstwa spraw wewn. z d. 4 czerwca rb., którém wydaną została poprawiona instrukcyja dla akuszerek. Radzibyśmy usłyszeć zdanie zawodowców o téj instrukcyi.

* Prof. Rydel powrócił już z Krynicy, dokąd się był udał dla poratowania zdrowia, a prof. Korczyński, od kilku miesięcy niedomagający na nogę, wyjechał na kilka tygodni do Trenczyna na Węgrzech.

* Časopis lékarův českých w ostatniém numerze podaje na pierwszém miejscu kroniki kilka wiadomości tyczących się stosunków naszych, jak np. o Komisyi egzaminacyjnéj, o czasopismach lekarskich polskich. Tygodnik ten, który równocześnie z Przeglądem Lek. zaczął wychodzić, i podobnie jak on rozmaite przechodził dole, pod obecną redakcyją podniósł się nadzwyczajnie i nie pomija stosunków naszych, jak za poprzedniéj za co szczera wdzięczność z naszéj strony mu się należy.

* Według nadesłanych nam sprawozdań bawiło w Krynicy do d. 28 sierpnia osób 2.919, a w Cieplicach czeskich do d. 31 sierpnia 9.659.

* **Wiedeń**. *W. med. Woch.* oświadcza na podstawie dobrych informacyj, że bezzasadną jest wiadomość, jakoby rząd traktował z prof. Cohnheimem względem objęcia katedry anatomii patolog. we Wiedniu.

* **Paryż**. Na mocy dekretu Prezydenta rzeczypospolitéj dwie nowopowstałe miejscowości w Algierze otrzymają na wieczne czasy nazwiska, jedno Dra Maillota, b. lekarza naczelnego wojsk w Algierze, a drugie podpułkownika Flattersa, który padł ofiarą poświęcenia swego śród misyi naukowéj w Saharze.

* **Mianowania i odznaczenia**. Dr. Schüle, lekarz pomocniczy w Illenau, znany autor dzieła o psychijatryi, mianowany został przez rząd badeński tajnym radcą dworu. — Dr. Julijusz Kratter habilitowal się jako docent prywatny higijeny publicznéj w Gracu. — Prof. fizyjologii Vintschgau w Insbruku otrzymał order korony żelaznéj 3ciéj kl. w uznaniu wieloletnich zasług. — Docent prywatny Dr. Alojzy Epstein mianowany został prymaryjuszem zakładu podrzutków w Pradze czeskiéj, w miejsce prof. Rittera złożonego ciężką niemocą.—Zasłużony sekretarz jeneralny Zjazdu londyńskiego Dr. Mac Cormac otrzymał od królowéj angielskiéj szlachectwo; używać więc będzie przydomka „Sir.“— Dr. Kuhnt, asystent przy klinice okulistycznéj w Heidelbergu mianowany został profesorem nadzw. i dyrektorem kliniki okulistycznéj w Jenie.

* **Nekrologija**. W Tybindze umarł znany prof. anatomii patolog. Schüppel.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 36: Pacanowskiego: Przyczynek do rozpoznania guzów brzusznych; Chełchowskiego: Przerost i rozszerzenie serca pierwotne; (dok.); Matlakowskiego: Obecne stanowisko metody Listerowskiéj (c. d.) — W *Medycynie* Nr. 36: Skórczewskiego: Przyczyny i rozwój niektórych postaci uporczywych biegunek, oraz ich leczenia w Krynicy (c. d.). — W *Czasop. Tow. aptek.* Żulińskiego: O wpływie dymu tytuniowego na ustrój ludzki i zwierzęcy.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Ponieważ ciągle nadchodzą zamówienia na Dziennik III Zjazdu Lekarzy i Przyrodników polskich, a nakład Nru 2 tegoż Dziennika jest już zupełnie wyczerpany, innych zaś Nrów posiada Redakcyja także tylko nieznaczny zapas, przeto Wydział gospodarczy uchwalił wydać w m. październiku rb. drugie wydanie Dziennika III Zjazdu Lek. i przyr., jeżeli się znajdzie dostateczna liczba prenumeratorów.

Prenumerata na 2gie wydanie wynosi 2 złr. i przyjmuje ją po dzień 15 października rb. **Administracyja Przeglądu Lekarskiego.**

Zamówienia, które nadeszły po 26 lipca rb. nie mogły już być uwzględnione, zamawiających zanotowano więc jako prenumeratorów na drugie wydanie.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja:
Ulica Podwale Nr. 34.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Boulv. Voltaire 180, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 17 września 1881. №. 38. Rok XX.

I. Z kliniki chirurgicznéj Prof. Billrotha w Wiedniu.

O użyciu jodoformu w leczeniu ran.

Skreślił Dr. Jan Mikulicz
asystent powyższéj kliniki i docent prywatny w Uniwersytecie wiedeńskim.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 37).

Bardzo wielkiéj wagi jest dla nas poznanie przeciwgnilnego działania jodoformu. Ponieważ, o ile wiem, nic w tym względzie nie uczyniono, przeto zrobiłem szereg odnośnych doświadczeń. Z powodu, że się jodoform w płynach, dla zgnilizny łatwo przystępnych, które się do podobnych badań nadają, tylko w nader drobnostkowych ilościach rozpuszcza, przeto musiałem w celu przeprowadzenia moich doświadczeń inaczéj postępować aniżeli badacze, którzy się dotychczas zajmowali badaniem innych, łatwiéj rozpuszczalnych, środków przeciwgnilnych. W tym celu obrałem szereg płynów, które, jak wiadomo, doskonałym były środkiem dla rozwoju organizmów sprowadzających zgniliznę. Płyny te były następujące: rozczyn Pasteura, 1% rozczyn wyciągu mięsnego, 1% rozczyn słodu, 1% rozczyn peptonu, mocz alkalizowany, opłuczyny z mięsa i rozcieńczona krew (świeża krew wołowa, rozcieńczona równą ilością wody) Wziąłem umyślnie większą ilość różnych płynów odżywczych, ponieważ dawniejsze badania okazały, że się rozmaite sztuczne płyny odżywcze nietylko w obec żyjątek zgniliznę wywołujących, lecz także w obec działania środków przeciwgnilnych rozmaicie zachowują, tak, że się tylko jednostronny wynik otrzyma, jeżeli się doświadczenie robi jednym tylko płynem odżywczym.

Przefiltrowałem tedy najsamprzód próbkę z każdego płynu kilka razy przez sączek mulowy, pokryty kryształami jodoformu, tak, że mogłem przypuścić, iż każdy z tych płynów był nasycony jodoformem, nie zabrawszy jednak ze sobą jodoformu nierozpuszczonego. Każdą taką probką napełniłem epruwetki i wstawiłem do pieca wylęgowego; równocześnie wystawiłem odpowiednią ilość probierek, napełnionych próbkami płynów bez jodoformu na działanie ciepłoty pieca wylęgowego [1]).

Wynik był następujący: w niektórych płynach — oczywiście w tych, które najmniéj jodoformu zawierały, — nie można było spostrzedz żadnego działania przeciwgnilnego; podczas gdy inne płyny, a szczególnie krew i opłuczyny z mięsa, które stosunkowo najwięcéj jodoformu zawierały, okazywały wyraźnie wstrzymanie rozwoju grzybków i zgnilizny. Dodać tu jeszcze muszę, że ów charakterystyczny zapach jodoformu, który początkowo był wspólny wszystkim płynom, już po kilku godzinach znikł z pierwéj wspomnianych płynów — jodoform jest, jak wiadomo, ciałem lotném — podczas gdy w płynach późniéj przytoczonych, zatém we krwi i opłuczynach mięsnych, zapach ten nawet po 24ch godzinach jeszcze czuć było można.

Z tego szeregu doświadczeń wypływa, że jodoform w płynach przystępnych zgniliźnie, z któremi tylko krótko był w zetknięciu, albo wcale nie działa przeciwgnilnie, albo tylko słabo i krótko. Przyczyną tego jest prawdopodobnie ta okoliczność, że ta mała ilość rozpuszczonego jodoformu nader prędko się ulatnia albo rozkłada.

W drugim i trzecim szeregu doświadczeń zaopatrzyłem płyny odżywcze w większą ilość szczerego jodoformu, zostającą z niemi w ustawiczném zetknięciu; eprowetki napełniłem pewną odmierzoną ilością jodoformu i płynu odżywczego i kłóciłem każdą dobrze co 12—24ch godzin. Tym sposobem w płynach znajdowało się jodoformu zawsze pod dostatkiem, a płyny były nim zawsze nasycone; to też otrzymałem zupełnie inne wyniki. Prawie we wszystkich płynach znalazłem zupełnie wstrzymane tworzenie się grzybków zgniliznę wywołujących; w niektórych płynach wylęgły się one jednak bardzo późno i w bardzo szczupłéj ilości. Ważną rzeczą jest okoliczność, że właściwych objawów gnicia brakowało nawet w tych płynach zupełnie, w których się grzybki

[1]) Dokładniejsze szczegóły tych doświadczeń będą ogłoszone w[illegible]ne w archiwie Langenbecka razem z moim wykładem w Berlinie mianym.

choć w szczupłéj ilości wylęgły; szczególnie opluczyny z mięsa i krew pozostały stanowczo bezwonnemi, tj. czuć je było tylko jodoformem [1]). Możemy zatém twierdzić, że jodoform, dodany we większéj ilości do płynu, podlegającego zgniliźnie, działa przeciw téjże wprawdzie słabo, lecz za to ustawicznie; działa on zatém tak, że się objawy zgnilizny tam z pewnością nie okazują, gdzie jodoformu jest pod dostatkiem.

To działanie jodoformu wystarcza pod wielu względami najzupełniéj w leczeniu ran. Z drugiéj strony jasną jest rzeczą, że jodoform wcale nie wystarcza do energicznego oczyszczenia i odwonienia rąk, narzędzi, gąbek itp., że się zatém pod tym względem ze silniejszemi rozczynami kwasu karbolowego o pierwszeństwo ubiegać nie może. Atoli na ranie, gdzie się rozchodzi o ustawiczne, a niezbyt silne, działanie przeciwgnilne, gdzie się rozchodzi o pewne i trwałe powstrzymanie wylęgania się tworów rozkładowych, tu jodoform jest na miejscu i pod tym względem jest nieprześcignionym.

O praktycznem znaczeniu jodoformu powiedzieć można, że się da użyć ze skutkiem wszędzie w takich razach, w których ranę lub otoczenie téjże w odpowiedniéj ilości nim zaopatrzyć można. Ponieważ zaś jodoform tylko w nader małych ilościach się rozpuszcza i spotrzebowuje, więc wynika ztąd, że stosunkowo już małe ilości do osiągnięcia zamierzonego celu wystarczają; ilość zastosowana jodoformu przedstawia nam zatém niejako „magazyn materyjału przeciwgnilnego“, który ranę przez dłuższy czas w potrzebną jéj ilość tegoż zaopatruje. Nasze praktyczne doświadczenia potwierdziły w zupełności powyższe zapatrywanie, jak to się zresztą jeszcze późniéj okaże.

O sposobie zastosowania jodoformu. Zanim przystąpię do opisania skutków leczenia ran jodoformem, uważam za stosowne omówić sposób zastosowania tegoż w ogóle.

Jodoform znachodzi się w handlu w kształcie delikatnych krzyształów i można go już w téj postaci użyć do opatrywania ran; lecz stosowniéj jest używać go w stanie sproszkowanym, gdyż w tym razie styka się z powierzchnią rany we większym rozmiarze. Nadto używa się sproszkowanego jodoformu często w mniejszéj ilości, znacznie go się więc przeto oszczędza [2]).

Zapach jodoformu jest, jak wiadomo, nader przejmujący, a dla wielu osób nawet nieznośny. Choć się nawet lekarz wkrótce doń przyzwyczai, to przecież jest czasem konieczną rzeczą mieć wzgląd na chorych, usuwając lub zmniejszając nieprzyjemność zapachu jakąś wonną zaprawą. Według mego doświadczenia olejek bergamotowy najlepszym jest środkiem odwaniającym; kropla tego olejku, zmięszana należycie z 10 gramami jodoformu, jest w stanie woń jego prawie zupełnie stłumić

[1]) Brak objawów zgnilizny przy tworzeniu się grzybków jest — jak wiadomo — w leczeniu ran bardzo często napotykanem zjawiskiem. Podobne twory znachodzą się pod opatrunkiem Listerowskim nawet przy nienagannym przebiegu gojenia; są to nieszkodliwe formy grzybków, które dopiero wtedy na uwagę zasługują, jeżeli zarazem w ranie rozkład lub zgniliznę wywołują.

[2]) Cena jodoformu, według taksy lekarstw farmakopeją austryjacką objętych, jest jeszcze za nadto wygórowaną; 1 gram kosztuje 16 ct. Kto jednak jodoformu we większéj ilości potrzebuje, ten stosowniéj sobie postąpi, jeżeli się z aptekarzem co do ceny ugodzi, lub gdy go sobie sprowadzi wprost z handlu lekarstw. Handel firmy Gunesch (*Wien, Universitätsstrasse* 4) sprzedaje takowy już sproszkowany po 3—4 centów za gram.

Jeżeli chcemy jodoformu we większéj ilości na ranę nałożyć, to w takim razie czynimy to wprost za pomocą łyżeczki rogowéj. Jeżeli zaś zamierzamy tylko małą warstwę jodoformu na ranę nasypać, co często zupełnie wystarcza, wtedy czynimy to za pomocą zwyczajnéj pieprzniczki o większych niż zwyczajnie dziurkach, albowiem jodoform, a szczególnie olejkiem bergamotowym roztarty, łatwo mniejsze otworki zatyka.

Gdy się w ten sposób otwartą ranę należycie przysypało, zakłada się na nią nader prosty opatrunek. Wkłada się tylko dostateczna ilość odtłuszczonéj bawełny, kawałek nieprzemakalnéj materyi i utwierdza się za pomocą opasek. Zamiast bawełny można także użyć zwyczajnéj juty. Jestto zresztą zupełnie rzeczą obojętną, jakiego opatrunku dla zawiązania rany użyjemy, byle tylko rana była jodoformem zakryta.

Ten jednak sposób opatrywania odnosi się tylko do ran, które wprost mamy jodoformem przysypać, które się jednak do bezpośredniego zagojenia nie nadają. Ranę, mającą się bezpośrednio zagoić, trzeba szyć i drenować jak zwyczajnie, a jodoform należy wtedy dodać do opatrunku. Małe i mało wydzielające rany wystarczy przykryć większym kawałkiem bawełny, na którą się nieco jodoformu nasypało; na to zakłada się wyż opisany opatrunek. Większe zaś rany, jak np. po amputacyi, wycięciu obrzęków sutkowych, woła, itp., należy przykryć wprost opatrunkiem zawierającym jodoform, któryby łatwiéj i pewniéj wsiąkał i przepuszczał obfite wydzieliny a zarazem nie zatykał otworów drenowych, jakto bawełna łatwo czyni. My używamy w tym celu gazy jodoformowéj.

Gazę jodoformową może sobie każdy lekarz łatwo sam przyrządzić; w naszéj klinice przyrządza się takową w następujący sposób. Pewną ilość bardzo rzadkiego kalikotu (2—3ch metrów) zgina się w kilkoro i wkłada w czystą 5% rozczynem kwasu karbolowego wymytą miednicę. Następnie zasypuje się ten kalikot sproszkowanym jodoformem i wciera go się dobrze rękami tak, jak gdyby go się chciało przeprać, tylko że się tu wszystko w drodze suchéj odbywa. Gdy się jodoform już dostatecznie rozdzielił wytrząsa się gazę po nad miednicą, aby zbyteczny jodoform wyprószyć. Teraz składa się tak przyrządzoną gazę regularnie i przechowuje w szczelnie zamykalnem naczyniu. Otrzepany proszek jodoformu można daléj stosować.

Mając tedy znaczniejszą ranę opatrzyć, bierze się ku temu 4—8mio warstwowy kawałek w powyższy sposób przygotowanéj gazy, który zewsząd o 2—4cm. obszerniejszym jest od rany. Na to kładzie się dostateczną ilość waty, kawałek materyi nieprzemakalnéj itd.

Zauważyć tu należy, że w pewnych razach, a szczególnie do opatrzenia ran w jamie ust i nosa, w prostnicy, w pochwie itp., potrzeba często użyć gazy silniéj jodoformem napuszczonéj; przyrządza ją się również w powyższy sposób, z tą jednak różnicą, że się ostatnią manipulacyję zaniecha, tj. nie strzepuje się zbytecznego jodoformu [1]).

Laseczki jodoformowe (*bacilli jodoformii*) mają także wielorakie zastosowanie; przyrządza się takowe z proszku jodoformowego, do którego się dodaje odpowiednią ilość

[1]) Gazy, według mego przepisu silniéj lub słabiéj jodoformem nasyconéj, dostarcza międzynarodowa fabryka materyjałów opatrunkowych w Szafuzie (*Internationale Verbandstofffabrik in Schaffhausen*). Dla Austryi ma ją na składzie W. Maager w Wiedniu (III Heumarkt 3).

tłuszczu kakaowego, kleju gumowego lub gelatyny [1]). Laseczki są nadzwyczaj użyteczne do najrozmaitszych celów; a szczególnie, gdzie chodzi o wprowadzenie jodoformu w przetoki, w głębokie rany, w trudno dostępne jamy ciała, np. do pęcherza moczowego lub do macicy.

Jako płyn stosowałem jodoform w dwojakiéj postaci:

1) jako rozczyn eteryczny [2]), którego użyłem z dobrym skutkiem w kilku przypadkach do wstrzykiwań miąższowych w początkach zapalenia gębczastego stawów;

2) w zawieszeniu w cieczy [3]). W ostatni sposób używałem jodoformu z jednéj strony do wstrzykiwania w nos i do pęcherza moczowego, z drugiéj zaś strony do wstrzykiwania w poprzednio wypróżnione jamy ropni chronicznych. O tém będzie jeszcze później mowa.

Przypuszczam, że użycie jodoformu do maści i mazideł jest rzeczą powszechnie znaną; myśmy zresztą bardzo rzadko tylko używali jodoformu w téj postaci. (C. d. n.)

II. Nieco o antimerkuryjaliźmie i jego zwolennikach.

Podał Dr. **Henryk Mendelsburg.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 37).

Antimerkuryjaliści zaprzeczają także dwoistości wrzodu, to znaczy, iż wrzód u nich nie jest ani miękkim ani twardym. Opierają się oni na tém, że szczepienia wydzieliną wrzodu miękkiego wywołać mogą zmiany, które przypisujemy tylko wrzodowi twardemu i przeciwnie wydzielina tak zwanego wrzodu twardego daje przy inokulacyi ujemne wyniki; daléj że podczas gdy mamy do czynienia z wrzodem miękkim, nie spodziewając się żadnych zmian następowych, nagle zostajemy zdziwieni występującą wysypką. Żaden nareszcie lekarz z pewnością orzec nie może ani na podstawie dotyku lub badania anatomicznego, czy ma do czynienia z wrzodem miękkim lub twardym, tak bowiem mało są one typowe co do swéj zbitości. Wrzody twarde mogą przechodzić w miękkie, tak że lekarz merkuryjalista dopiero często ze skutków, jakie wrzód za sobą pociąga, orzekać musi, czy miał do czynienia z twardym lub miękkim. Także i bubo, a mianowicie czy takowy przechodzi w ropień lub też pozostaje tylko w stadyjum przerostu, nie może być użytym do rozróżnienia wrzodu. Doświadczenie bowiem ma uczyć, że dymienice pod tym względem bardzo różnie się zachowują, w obec szankra twardego ropieją i na odwrót, a szczepienie ich ropą nie doprowadzi do żadnych wyników, bo najpierw szczepienie ropą zkądkolwiekbądź wziętą wywołać może także wrzód, a nawet i wysypkę przez podrażnienie naczyń limfatycznych skóry, a powtóre iż ropa, jeżeli posiada w sobie przyrzut, to tylko w dymienicach, które istnieją równocześnie z wrzodem w rozkwicie będącym. Jeżeli zaś ropa dymienicy, już po zagojeniu wrzodu pierwotnego zaszczepiona, poda wyniki dodatnie, to przyczyna leży w budowie anatomicznéj samego gruczołu. Jeszcze z czasu kwitnięcia wrzodu może się znajdować w kilku miejscach tkanin ropa zaraźliwa, nieprzepuszczającą tkanką łączną oddzielona, podczas gdy w innych już tak zwana dobrotliwa się znajduje. Skutki więc szczepienia od tego zależeć będą, czy igła inokulacyjna wtargnęła do *reticulum* pierwszego lub drugiego. Oczywiście stan tego rodzaju długo trwać nie może, albowiem otaczająca tkanka łączna nareszcie przebitą zostaje i dwie te ropy ze sobą nawzajem się łączą.

Czémże są szyszkowiny płaskie *(condylomata lata)?* Szyszkowiny te nie są żadnym dowodem ogólnego zakażenia, ale powstają w ten sposób, iż wydzielina z wrzodu pierwotnego dostaje się sama przez się na miejsca zdrowe otaczające go i w skutek tego takowe zaraża, czego dowodem, że szyszkowiny te usadawiają się najczęściéj w pobliżu wrzodów pierwotnych; jeżeli są usadowione daléj np. w pępku lub między palcami odnóg, to takowe sam chory palcami rąk przeniósł. Ze zdaniem tém zupełnie moglibyśmy się zgodzić, lecz przypatrzmy się, jak antimerkuryjaliści tłumaczą sobie powstawanie szyszkowin w obec wrzodu nieobecnego, dawno przebytego. Tak jak wrzód pierwotny, sam przez się, bez przyczyny odnowić się może, a zapewne z téj przyczyny, iż w tkance skóry lub może w powierzchownych naczyniach limfatycznych téj części skóry pozostało trochę dawnéj wydzieliny syfilitycznéj, z téj saméj przyczyny odnowić się może szyszkowina, aczkolwiek wrzód pierwotny dawno zagojony został. Rozchodzi się tylko o to, w jaki sposób wytłumaczyć sobie można zupełne zagojenie wrzodu pierwotnego, jeżeli jeszcze trochę wydzieliny przyrzutowéj w nim pozostaje? Jeżeli ta drobna cząstka téjże istoty po dłuższym czasie bez żadnéj przyczyny odnowienie wrzodu sprowadzić może, dziwić się wypada, iż zachowuje ona się tak biernie w obec gojenia się wrzodu pierwotnego, nie stając na przeszkodzie zabliźnianiu jego! Wiemy także, iż u noworodków z kiłą wrodzoną napotykamy szyszkowiny płaskie. U noworodków tych nie ma wrzodu pierwotnego, a zatém i źródła przyrzutu, w jakiż więc sposób szyszkowina ta przychodzi do skutku? chyba że jest produktem zatrucia rtęcią rodziców. Jeżeli tak jest, to szyszkowina u noworodka jest produktem rtęci, u dorosłego jest produktem wydzieliny szankrowéj. Czyż to loiczne? Na to darmo szukałem odpowiedzi.

Z wysypek uznają antimerkuryjaliści tylko plamistą, guziczkową i łuszczycową (*psoriasis)*, wszelkie inne formy kiłowe polegają na zatruciu rtęcią. Powstawanie tych wysypek polega na podrażnieniu naczyń limfatycznych skóry, które to podrażnienie powstać może niekoniecznie w obec przyrzutu kiłowego, ale w obec jakiegokolwiek czynnika drażniącego, jak np. po zastrzyknięciu w skórę czystéj wody.

Do zasad stosuje się oczywiście i leczenie. Rtęć jako główna przyczyna wszelkich zmian, które my dzisiaj kiłowemi nazywamy, z aparatu leczniczego wyrugowaną być winna, nie tylko w obec istniejącéj kiły, ale nawet w obec innych chorób. Jednorazowe wtarcie szaruchy, podanie kilku gramów kalomelu wywołać już może zmiany do *hydrargyrosis* należące. Leczenie wrzodu pierwotnego polega u antimerkuryjalistów jak i merkuryjalistów na podawaniu lekkich środków żrących jak *Cupr. sulf.*, *Acid. carbolicum* itd. Skoro wystąpi wysypka, całe leczenie polega na wcieraniu odwaru Sabiny, którą się zapisuje w następującéj formie: *Dct. frond. Sabinae 80·0 ad 400·0 Colat.*, jakoteż na metodzie napotnéj przez obwijanie w koce i używanie łaźni parowych. Jeżeli pacyjent podaje, iż przechodził kuracyję rtę-

---

[1]) *A) Rp. Jodoformii pulv. 10.0. Mucilag. gummi arab. Glycerini āā pauxill. ut fiat massa, ex qua formentur bacilli 5 cm. long........* Laseczki zrobione według powyższego przepisu, lecz bez gliceryny, są twardsze łamliwe, ale także użyteczne.
B) Rp. Jodoformii pulv. 5.0, Gelatini 10.0. Form. bacilli crassitud. mm... Longitud cm.....
C) Rp. Jodoformii pulv. Butyri Cacao part. aequ.

[2]) *Rp. Jodoformii 5.0 Aetheris sulph. 25.0. D. in vitr. nigr.*

[3]) *Rp. Jodoform. pulv, 10.0. Ol. oliv. 40.0. Glycerini 80.0. DS.* Przed użyciem należycie zakłócić.

ciową w domu lub innym szpitalu, to podaje mu się wewnętrznie jodek potasu. W obec zmian hydrargirozy metoda napotna i jodek potasu są całym opatrunkiem leczniczym.

Jakież wyniki tego leczenia? Z polecenia rządu norwegskiego zajął się prof. Boeck w Chrystyjanii rozstrzygnięciem téj sprawy. Leczył on 980 pacyjentów rtęcią, a 416 bez niéj. Rezultaty ogłosił w dziele: *Recherches sur la syphilis* 1863. Przeciętny czas trwania choroby u leczonych rtęcią trwał 60 dni, bez rtęci 40. Pierwsi zapadali na kacheksyję, drudzy byli zdrowi i czerstwi. Wyniki więc prof. Boecka przemawiałyby za leczeniem bezrtęciowém. Takie same wyniki podaje Dr. Hermann z 20-letniéj swéj praktyki szpitalnéj. Nie trzeba jednakowoż zapominać, że skutki leczenia przypisać należy jodkowi potasu. Inaczéj się rzecz ma z przypadkami świeżemi, które miałem sposobność obserwować na oddziale wyżéj wspomnianego prymaryjusza, a w których jodku potasu nie podawano. Nie widziałem wysypki zwykłéj, plamistéj, któraby wcześniéj nad czwarty tydzień ustąpiła, nie wspominając już o wysypkach uporczywych jak np. guziczkowych, łuszczycowych, które w nieskończoność się ciągną. Metoda ta napotna nie szczególnie wypełnia zadanie, które jéj nakładają, a ma tę jeszcze ważną stronę ujemną, iż wywołuje czasem, jak to miałem sposobność się przekonać, uciążliwą i bolesną furunkulozę.

Takie są w głównych zarysach zasady i pojęcia antimerkuryjalistów. Cóż pozostaje młodemu i niedoświadczonemu jeszcze lekarzowi, który poznawszy zasady obydwóch a tak różnych w pojęciach szkół, do jakiéj szkoły ma się przyłączyć, jeśli *in verba magistri* ślepo wierzyć nie chce? Otóż najpierw lekarz taki winien porównywać wyniki obydwóch metod, a porównawszy ze sobą, aczkolwiek tylko powierzchownie, co do rezultatów lekowania, a choćby tylko jeden przypadek późnéj i uciążliwéj kiły, który antimerkuryjaliści hydrargirozą zowią, za pomocą preparatów rtęciowych w stosunkowo krótkim czasie wyleczony widział, pewnie antimerkuryjalistą nie zostanie. Boć trudno pojąć, jak rtęć, która w owym przypadku być ma przyczyną choroby, takową usunąć zdoła, chyba że przeciwnicy merkuryjuszu sądzą, iż klin klinem się wybija.

III. Oceny i sprawozdania.

Dr. E. Mendel: **Die Manie. Eine Monographie.** Wien u. Leipzig, Urban et Schwarzenberg 1881, in 8vo str. 196.

Dr. Mendel, docent psychijatryi w Berlinie, do niedawna właściciel zakładu dla obłąkanych w Pankowie pod Berlinem i deputowany Sejmu pruskiego, znany już w piśmiennictwie psychijatrycznèm, ogłasza obecnie monografiję o manii. Opierając się na fakcie, że pojęcie manii, znane od czasów Hippokratesa, jest dotychczas tak nieokreślonèm i elastycznèm, że nawet lekarze zawodowi w zebraniach i wykazach statystycznych porozumieć się ze sobą nie mogą, ponieważ każdy do pojęcia tego inne przywięzuje znaczenie, przystępuje do klinicznego określenia tego pojęcia. Usiłowanie to jest bardzo chwalebnèm, jeżeli oprócz okoliczności właśnie co wspomnionéj uwzględnimy jeszcze i tę, że od czasów Esquirola nie znachodzimy w literaturze pracy poświęconéj szczegółowo manii. W obec dążności nowoczesnych do wylaniania poszczególnych grup pomniejszych z głównych grup, na które choroby umysłowe się rozpadają, dążności, skierowanych do burzenia systemu Griesingera, mających wprawdzie pewne uprawnienie ale grożących powrotem do owych niezliczonych form obłąkania, które w pierwszéj połowie bieżącego stulecia gmatwały naukę miasto posuwania jéj naprzód,—autor zajmuje stanowisko pośrednie, uważając je „w pewnèm ograniczeniu za uznania godne;“ nie rości sobie także pretensyj do napisania o manii czegoś całego, wykończonego, czego spodziewać się nie można, dopóki właśnie w téj formie oprzeć się nie można na anatomii patologicznéj. Usiłowania zatém Dra M. skierowane były nie ku utworzeniu nowéj postaci chorobowéj, lecz dokładniejszemu określeniu formy starodawnéj, do zestawienia wszystkiego, co do manii się odnosi i odnosić może. Bacząc na to założenie, nie możemy z góry spodziewać się nowych poglądów na istotę choroby i dla tego też czytelnik obeznany z przedmiotem nie znajdzie wprawdzie w monografii nic takiego, czegoby poprzednio nie wiedział, ale spotka się z szczegółami znanemi, o wiele stósowniéj rozmieszczonemi, a przeczytawszy z uwagą książkę przyznać musi, że w tém pomieszczeniu szczegóły nie równie lepiéj aniżeli dotychczas składają się na całość harmonijną. Jeżeli więc autor nie posunął nauki naprzód, to ma przynajmniéj ujemną zasługę, że rzeczy nie pogmatwał, a zasługa ta w psychijatryi jest nie małą; nadto przyznać należy, że jego przedstawienie rzeczy przemawia bardzo do przekonania, bo ułatwia znakomicie pogląd na jedną z najważniejszych form obłąkania. Jeżeli jeszcze dodamy, że styl jest prosty i potoczysty, że wykład objaśniony jest 26 historyjami chorób, starannie dobranemi, że papier i druk są znakomitemi, czyniącemi zadosyć najwybredniejszym wymaganiom, to nie godzi się wątpić, że książka taka powinna znaleść wielkie rozpowszechnienie.

Po krótkim, ale wyczerpującym wstępie historycznym M. rozróżnia w manii typowéj 4 okresy, a mianowicie: okres wstępny, okres podniecenia, szału i schyłku. Co do odmian choroby, to na podstawie natężenia M. przypuszcza 3 postacie, tj. *hypomania*, *mania hallucinatoria* i *m. gravis*, do których dodaje jeszcze na podstawie biegu choroby czwartą postać: *mania periodica*. Nowowprowadzoną nazwą: *Hypomania* (od wyrazu ὑπομαινόμενοι już przez Hippokratesa używanego) oznacza najniższy stopień manii, odpowiadający formie przez Francuzów *„excitation maniaque“* zwanéj; natomiast porzuca maniję przelotną *(m. transitoria)*, któréj rzecznikiem w nowszych czasach stał się głównie Krafft Ebing, jako też wszystkie monomanije, w szczególności: dipso-klepto-erotomaniję. Bardzo pouczającym jest rozbiór popędów i zboczeń w myśleniu, które napotykamy u manijaków, a bardzo dobranemi przykładami wyjaśnioną gonitwa myśli. Cennemi są również uwagi nad etyjologiją, biegiem, rokowaniem i leczeniem: jako środki uspokajające poleca chloral, a głównie hyosciamin podskórnie, radzi zaś unikać przetworów makowcowych; dyjeta mleczna i kąpiele letnie również mają działać korzystnie. Definicyja manii opiewa według autora: „Choroba mózgowa czynnościo-„wa, cechująca się chorobowo przyspieszonym „biegiem myśli i chorobowo podwyższoną pobu-„dliwością ruchowych ośrodków mózgowych.“

Nie przepomina autor i o stronie sądowolekarskiéj, zestawiając (na str. 127) przypadki, w których czynności manijakalnych mogą stać się przyczyną dochodzenia cywilno- i karno-sądowego, oraz zastanawiając się nad zna-

czeniem sądowolek. manii przelotnéj i przerw wolnych, jakotéż nad możebnością udawania i zatajania manii. Z tego powodu dziełko w mowie będące i dla lekarza sądowego ma niezaprzeczoną wartość. *L. Blumenstok.*

Die Nervenschwäche (*neurasthenia*), **ihre Symptome, Natur, Folgezustände und Behandlung. Praktisch bearbeitet von G. M. Beard. Deutsch von Dr. M. Neisser.** Leipzig 1881, Fr. C. W. Vogel. Duża 8ka, str. VIII, 178.

Lubo nauka o chorobach układu nerwowego w najnowszych czasach dzięki pracom badaczy przedewszystkiém francuskich ogromne zrobiła postępy, to jednakowoż chromieje ona jeszcze bardzo na anatomiją patologiczną, która oświeciwszy tak skutecznie tyle innych działów patologii szczegółowéj odmawia nam na polu newropatologii swych posług tam właśnie, gdziebyśmy ich najwięcéj potrzebowali. I gdy téż gdzieindziéj wystarcza nam do pojęcia choroby znajomość zmiany anatomicznéj lub czynnika etyjologicznego, w newropatologii opuszcza nas anatomija patologiczna, jakby na urągowisko losu, w chorobach nader pospolitych a pod względem klinicznym bardzo wybitnych. Dosyć wskazać tu na padaczkę, histeryją, hipochondryją, tężec i wiele innych nerwic objawiających się kurczami, by przekonać się, jak słabą w wielu razach stroną newropatologii jest anatomija.

W szeregu cierpień nerwowych nader częstych a mimo to klinicznie bardzo mało, anatomicznie prawie całkiem niezbadanych, ważne miejsce zajmuje zbiór przypadków znanych pod rozmaitemi postaciami w praktyce a w piśmiennictwie dotychczas zbywanych milczeniem lub, z wyjątkiem pracy Bouchuta, pobieżnemi wzmiankami, przypadków obejmowanych ogólném mianem nerwowości, osłabienia nerwów. Temu to właśnie przedmiotowi poświęca Beard swą pracę i zaznajamia nas bliżéj z neurastenią.

Pochop do tego dała autorowi okoliczność, iż według jego spostrzeżeń osłabienie nerwowe trafia się bez porównania częściéj w Ameryce niż Europie, szczególniéj w Stanach Zjednoczonych Ameryki północnéj osobliwie zachodnich, gdzie ludność gęstsza, cywilizacyja wyższa a szkodliwe czynniki z niemi połączone potężniejsze.

Przytoczenie treści da nam najlepsze wyobrażenie o pracy Bearda.

W rozdziale pierwszym zwraca autor uwagę na nadzwyczaj częste pojawienie się neurastenii u ludności pracującéj w najszerszém tego słowa znaczeniu umysłowo, na okoliczność, iż neurastenią mięszano pospolicie z innemi zboczeniami nerwowemi, jak np. prostą niedokrewnością lub przekrwieniem ośrodków nerwowych, iż w praktyce klinicznéj i szpitalnéj mało jest sposobności do spostrzegania neurastenii i że nakoniec choroba ta łączy się ściśle z cywilizacyją a zatem zachowuje się wprost przeciwnie, jak wiele innych chorób układu nerwowego, które jak np. wiąd pacierzowy, zanik mięśniów postępowy, ukazują się przeważnie wśród ludności uboższéj, fizycznie a nie umysłowo pracującéj.

Przyczyny, iż neurastenią, jakkolwiek jest tak pospolita, tak mało zajmowano się dotychczas naukowo, poszukuje autor w tém, iż jéj przypady są głównie podmiotowe, iż do studyjowania jéj potrzeba wielkiéj bystrości w postrzeganiu i wytrawności sądu, iż w praktyce szpitalnéj i klinicznéj rzadko trafia się neurastenia a lekarze prywatni, którzy najlepiéj mogą ją obserwować, odsuwają się od pracy naukowéj, że nakoniec Ameryka, gdzie chorobę przerzeczoną najczęściéj można napotykać, pod względem umiejętnym ogląda się na Europę, w któréj, zdaniem autora, neurastenia ma być rzadkiém ziawiskiem.

W rozdziale drugim opisuje autor przypady neurastenii wyłącznie na podstawie postrzeżeń własnych, ponieważ piśmiennictwo nie mogło mu dostarczyć nic w téj mierze uwagi godnego; oświadcza, iż cierpienie, o którém mowa, może objawiać się we wszystkich organach i we wszelkich czynnościach ustroju ludzkiego i że w badaniu jego potrzeba polegać z zachowaniem należytéj ostrożności przeważnie na podaniu tak samych pacyjentów jak i osób ich otaczających, i omawia wreszcie kolejno rozmaite przypady chorobowe. Wyliczenie ich da wyobrażenie o różnych postaciach choroby: czułość skóry na głowie, migrena i inne formy bólu głowy, ból, ciśnienie i ciężkość w tyłogłowiu, zmiana wyrazu oczu, nawał krwi do spojówki, muszki pod oczyma, szum w uszach, słaby głos, brak panowania nad samym sobą, drażliwość nadmierna, rozstrojenie umysłowe, utrata nadziei w przyszłość, rozpacz, bojaźń chorobowa w różnych formach agorafobii, klaustrofobii (obawy zostać sam na sam w przestrzeni zamkniętéj), patofobii, pantofobii, fobofobii, mizofobii, siderodromofobii, bijące w górę gorąco, bezsenność, ospałość, czułość zębów i dziąseł, dyspepsyja nerwowa, brak pragnienia, chęć do rzeczy podniecających i odurzających, suchość skóry i błon śluzowych, pocenie się rąk i nóg, ślinotok, nadczułość stosu kręgowego i całego ciała w ogólności, bóle strzelające podobne jak w wiądzie pacierzowym, bicie serca, kurcze miejscowe osobliwie po śnie, wstręt właściwy do pewnych pokarmów i leków, czułość przesadna na zmiany atmosferyczne, miejscowa przeczulica i utrata czucia, łechczywość, przelotne bóle nerwowe, swędzenie skóry ogólne i miejscowe, przemijające porażenia, polucyje, niezdolność płciowa u mężczyzn zupełna lub częściowa, rozmaite zboczenia czynnościowe ze strony narządu płciowego u kobiet, obecność w nieprawidłowéj ilości szczawianów, moczanów, fosforanów tudzież plemników w moczu.

Neurastenia ukazuje się najczęściéj między 15 a 45 rokiem życia. Zostaje to zdaniem autora w związku z czynnościami płciowemi.

Pod względem rozpoznawczym zależy najwięcéj na odróżnieniu nerwowości od chorób organicznych układu nerwowego. Tu zasługują na uwagę następujące okoliczności: 1) przypady chorób organicznych są mniéj więcéj stałe, gdy objawy neurastenii są zazwyczaj nader zmienne i przelotne; 2) pewne przypady bez porównania częściéj występują w neurastenii, niż w chorobach organicznych 3) w chorobach org. zdolność do odruchów jest w ogólności zmniejszoną, w czynnościowych zaś, mianowicie w neurastenii, podwyższoną.

Rokowanie zawisło głównie od tego, czy neurastenia w danym przypadku jest dziedziczną lub nie. W pierwszym razie leczenie o wiele jest trudniejsze a rokowanie gorsze, chociaż nie bezwzględnie złe, niż w drugim. Neurastenia jest furtką dla wielu chorób nerwowych tak organicznych jak i czynnościowych. Do nich należą choroby umysłowe osobliwie zaduma, histeryja, histeroepilepsyja, pijaństwo a właściwie tylko pociąg do napojów wyskokowych, nadużywanie makowca i jego alkaloidów, choroby organów płciowych (choć może się trafić tu stosunek wprost przeciwny), kurcz pisarski, choroby organiczne rdzenia pacierzowego, niemoc Basedowa.

W leczeniu powinno się uwzględniać przedewszystkiém właściwości danego przypadku a wystrzegać jak najstaran-

niéj postępowania według jakiegoś ogólnego wzoru. Dlatego podać można tylko ogólne wskazówki terapeutyczne.

Leczenie polega tak na zastosowaniu właściwych przepisów dyjetetycznych jak i na użyciu rozmaitych środków leczniczych, jakie mamy obecnie do dyspozycyi. Skutek zależy nietylko od trafnego wyboru, ale także od wytrwałości lekarza i chorego.

Taka jest pokrótce treść rozprawy Bearda, na którą zwracamy niniejszém uwagę naszych czytelników, a jakkolwiek praca ta nie może sobie rościć prawa do téj ścisłości naukowéj, jaką odznacza się wiele nowszych prac z zakresu neuropatologii w Europie dokonanych, ma ona tę zasługę, iż porusza po długiéj przerwie przedmiot nader ważny, który z natury swojej wymyka się prawie zupełnie z pod obserwacyi klinicznéj i szpitalnéj a zasługuje pod każdym względem na opracowanie umiejętne przez lekarzy prywatnych.

Nie zamierzając krytykować tutaj pracy Bearda, pozwolimy sobie atoli tę zrobić uwagę, iż zdaniem naszém autor w wyliczaniu objawów neurastenii idzie za daleko, bo słuchając go wypadłoby nietylko wszystkich prawie ludzi wykształconych uważać za chorych, ale w dalszéj konsekwencyi ruszyć podwaliny etyczne, na których się społeczeństwo opierać musi. Zresztą zdanie, iż neurastenia jest rzadkiém w Europie cierpieniem, jest błędne. *D.*

Olshausen: **O całkowitém wyłuszczeniu macicy.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 37).

W dalszym ciągu omawia O. technikę operacyi waginalnéj, wymaga dokładnéj poprzedniéj desinfekcyi pola operacyjnego; w razie obecności kruchych, miękkich części, nawet ich wyłyżeczkowania. Po nacięciu pochwy podwięzuje broczące naczynia. Zakłada w środku przedniéj i tylnéj ściany pochwowéj mocne pętle jedwabne, mające późniéj być pomocą do dostania się do brzegów otworu jamy brzusznéj.—Męcherz oddziela od macicy tępo, bo palcami i bez cewnika, i uważa tę część rękoczynu za bardzo łatwą. Przeciw Billrothowi obstaje za wywróceniem macicy po odłączeniu jéj z przodu i z tyłu, jakkolwiek to czasem znaczne przedstawia trudności. Więzy szerokie podwięzuje u podstawy drutem żelaznym i jedwabiem, używając do zakładania téj podwiązki drutowéj, kaniuli wygiętego trójgrańca Simona.

Po skończonéj ekstyrpacyi nie zszywa rany otrzewny w jamie Douglasa wynoszącéj zazwyczaj 6—8 cm. szerokości, ale zakłada dren z belką poprzeczną i jednėm tylko u góry okiem i obficie wystrzykuje 2½% rozczynem karbolowym. Jajniki pozostawił we wszystkich przypadkach, nie orzekając jednak, czy tak być powinno, i odwołując się tylko do obserwacyj tych przypadków, w których przy niemożności odpływu krwi miesiączkowéj na zewnątrz ustawało i przekrwienie typowe w częściach rodnych na późniéj.

Leczenie następowe bierne — mierzy ciepłotę co 3 godziny i tylko w razie podwyższenia téjże nad 38° robi wstrzykiwania a jeżeli takowe wypadnie robić częściéj, używa miasto 1½% rozczynu karbolowego chętniéj 4 do 6% rozczynu kwasu borowego, chroniąc się w ten sposób od karbolizmu. Podwiązki drutowe zazwyczaj już w 7my dzień odjąć można, a przed zbyt długiém pozostawieniem drenu przestrzega na podstawie spostrzeżeń Bardenheuera, gdyż pętlom jelit do drenu przylegającym grozi zgorzel z ucisku. Pierwsze 8 dni po operacyi, to termin dla drenu wystarczający.

Porównywając obie metody i zastrzegając się, że sąd jego jest tylko tymczasowym, przemawia za operacyją waginalną, sądząc, że z czasem dojdziemy do tego, że otwór otrzewny zaszyć będzie można. Sądzi, że wskazanie do operacyi z czasem wraz z jéj wydoskonaleniem znacznie się rozszerzy; widzi je dziś tylko w złośliwych nowotworach macicy i tylko w tych, w których są widoki wydobycia wszystkiego, co podejrzane.

Po dotyczącéj pracy Gussenbauera O. co do odnowy choroby nie wiele dobrego sobie obiecuje; tu do wydania orzeczenia potrzeba jeszcze choć kilka dziesiątek lat.

Dr. Kohn.

Wolter: **Doświadczenia o przejściu istot obcych przez krążenie łożyskowe w krew płodu.**

Autor przyczynia się do rozwiązania pytania jeszcze otwartego, jakim sposobem materyjał odżywczy z matki przechodzi w płód, wykazując szereg cały trucizn w krążenie płodu nie przechodzących. Wynik ten użytym jest na korzyść zdania nie przypuszczającego bezpośredniego przejścia w krążenie płodu istot odżywczych i autor oświadcza się za tém, że wytwarza się osobna wydzielina (*Uterinmilch*), która przez kosmki łożyska płodowego wessaną zostaje.

Używał zabójczych dawek strychninu, morfinu, weratrynu, kurary i spo.yszu u kotów, królików i psów, przyczém się okazuje, że zawsze płód dłużéj przy życiu się utrzymuje niż matka. Z tego, jak niemniéj z ujemnego wyniku badania chemicznego płodów na trucizny użyte, jak téż z braku wszelkiego oddziaływania fizyjologicznego ze strony żab i innych zwierząt, którym przyswojono pewną ilość soków tych płodów, wnosi autor, że nie odbywa się tu prosty proces drogą anatomiczną, lecz że istoty odżywcze matki ulegają pewnéj odmianie, w podobny sposób, jak się rzecz ma z wydzieliną gruczołów. (Porównaj pracę odnośną A. Marsa, Przegląd Lek. 1880. Ref.) (*Deutsche Zeitschrift für Thiermedizin und vergl. Pathologie 1881, 15 Juli*). *Dr. Kohn.*

W. Körte: **O zapaleniu stawów w połogu.**

W towarzystwie lekarskiém położniczém berlińskiém Körte, przytoczywszy odnośną literaturę, wygłosił na podstawie swych doświadczeń zdanie, że przypady zapalne w stawach u położnic bywają także natury li czysto lokalnéj, a nie następstwem chorób ogólnych. Zazwyczaj w takim razie jeden tylko staw ma być zajętym. Tłumaczyć sprawy téj K. w inny sposób nie może, jak przez zaziębienie skłonnych do tego więcéj, bo pocących się położnic.

W żywéj dyskusyi jedni przeczą, drudzy *per analogiam* teoretycznie orzekają o możebności; Löhlein mówi, że wiadomém jest, iż w połogu wsierdzie, o którego łączności ze sprawami zapalnemi stawów wiemy, ma szczególną skłonność do stanów zapalnych. Veit opowiada, że mu przedstawiono w Paryżu dwa takie przypadki z rozpoznaniem: *Rhumatisme puerperale.* (Sprawozdawca na przeszło tysiąc dokładniéj obserwowanych połogów nie widział nigdy w przebiegu połogu innych zapaleń stawowych, jak tylko z przerzutu przy ogólnéj sprawie ropniczéj. (*Berliner klin. Woch.* 1881, Nr. 35). *Dr. Kohn.*

Müller: **Padaczka Jacksona.**

Na Zjeździe lekarskim powszechnym, odbytym świeżo w Londynie, przedmiotem zajęcia były między innemi drga-

wki padaczkowate, towarzyszące chorobom mózgu, przezwane krótko padaczką Jacksona. Objawy i przyczynę téj choroby M. streszcza następnie w Nrze 35 *Wien. med. Presse.*

1) Padaczka Jacksona odróżnia się klinicznie od padaczki właściwéj tém, że: *a)* napad, który się składa zwykle tylko z drgawek o wahaniach najczęściéj bardzo znacznych, poczyna się zawsze w tym samym mięśniu lub téj saméj grupie mięśni, pozostaje umiejscowionym, lub zwolna się tylko rozszerza; *b)* świadomość chorego pozostaje niezamąconą w czasie całego lub przynajmniéj większéj części napadu; *c)* zboczenia w oczach natury porażennéj, jak zwężenie szpary powiekowéj skutkiem opadu powieki górnéj, zwężenie źrenicy bez otrętwiałości odruchowéj itd., zdają się być rysem częstym i uderzającym.

2) Wybitne przypadki tego rodzaju padaczki świadczą na pewno o istnieniu urazu na wypukłości mózgowéj i pozwalają przy pomocy równoczesnych lub następowych objawów porażennych *(monoplegiae)* wnosić nie tylko o siedzibie urazu lecz i jego rodzaju.

3) Ośrodek barku leży w średniéj trzeciéj części przedniego zwoju centralnego mózgu tudzież w sąsiedniéj części rowku Rolanda.

4) Niszczenie téj okolicy powolne przez obrzęki sprawia padaczkę Jacksona, która zawsze rozpoczyna się w barku, a w dalszym przebiegu wywołuje porażenie całéj odnogi górnéj (mięśnie twarzy, tułowia i odnóg dolnych nie ulegają takowemu). *Dr. Różański* (Lwów).

Ganguillet: **Rażenie piorunem.**

D. 25 czerwca r. b. kompanija wojska szwajcarskiego podczas ćwiczeń zaskoczoną została w miejscowości Colombier burzą, wśród któréj piorun uderzył w masę i powalił 25 ludzi. Większa część rażonych powstała wkrótce, 8 ludzi zaś nie zdołało podźwignąć się, a jeden z nich leżał nieruchomy bez przytomności. Podczas gdy tamci doznali tylko lekkiego obrażenia, ostatni był bardzo bladym, włosy na głowie po stronie prawéj miał przypalone, na skroni, czole i licu prawém liczne brunatne plamki wielkości co najwięcéj groszku, skroń na około zaczerwienioną: chory nie oddychał, serce biło wprawdzie ale powolniéj. Pomoc lekarska okazała się bezskuteczną, chory umarł w 20 minut po doznaném obrażeniu. Sekcyję w 13 godzin po śmierci uskuteczniono Stężenie silne, plamy trupie niebieskawe liczne na szyi i grzbiecie, zwłaszcza po stronie prawéj, gdzie téż znachodzą się owe oparzeliny brunatne, które nadto występują na szyi. w podżebrzu prawém (gdzie zmarły nosił zegarek), na łokciu lewym i po stronie wewn. przedramienia prawego. Skóra czaszkowa mocno nastrzykana okazuje liczne wynaczynionki, śródkoście również mocno nastrzykane; w zatokach żylnych dużo krwi ciemnéj, całkiem płynnéj, opony miękkie mocno przekrwione, płyn mózgordzeniowy w ilości zwiększonéj, zwoje mózgowe spłaszczone, komórki boczne rozszerzone zawierają dużo surowicy: istota rdzenna mózgu obrzękła i niedokrewna, w tym samym stanie znajdują się móżdżek i rdzeń przedłużony; na dnie komórki 4éj kilka wynaczynionek drobnych, z kanału rdzeniowego wycieka dość dużo płynu. W jamie brzusznéj dość dużo czystéj surowicy; na sercu liczne wynaczynionki, w sercu nie ma śladu skrzepów; w dolnych płatach płucnych liczne wynaczynionki podopłucnowe; na przekroju płuca przekrwione i obrzękłe; błona śluzowa oskrzeli nastrzykana, w krtani kilka wynaczynionek, również w tchawicy i w większych oskrzelach; naczynia szyjne mocno napełnione, nacięcie oparzelin nie wykazuje zmian w głębszych warstwach skóry. — W kaszkiecie zmarłego dno było jakby nożem wycięte, zegarek z kluczykiem stopniale, karabin uszkodzony, w sukniach liczne dziury wypalone. — Z lekko obrażonych żołnierzy jeden prędko przyszedł do siebie i nie okazywał żadnych zboczeń ani też nie skarżył się na boleści; drugi miał plamę brunatną w okolicy wątroby odpowiednio miejscu, gdzie obrażony nosił zegarek; czterech przedstawiało wybitne objawy porażenia, jednak przyszło do siebie po upływie $1/2$ godziny; siódmy, który znajdował się najbliżéj zabitego, poniósł znaczną oparzelinę na łokciu prawym, a drugą na stopie lewéj; odnoga górna i lewa przez $1/2$ godziny były porażonemi.

Wszyscy rażeni podali, że nie usłyszawszy żadnego łoskotu nagle spostrzegli blask wielki i upadli, nie wiedząc zrazu, dla czego upadają. Co się tyczy oparzeń, nie spostrzeżono u żadnego owych figur piorunowych, opisanych przez wielu autorów i odrysowanych także w dziele o chirurgii ogólnéj Billrotha. Oparzeliny nie przedstawiały nic szczególnego i pozostawały w ścisłym związku z przedmiotami metalowemi, blisko ciała znajdującemi się (zegarki, guziki, lufy). Skóra oparzona była brunatną, suchą, zmumifikowaną, otoczona obwódką czerwoną; wypociny atoli nigdzie nie było. Porażenia dotyczyły albo poszczególnych nerwów albo też większych obszarów; wszystkie jednak ustąpiły szybko.

U zabitego śmierć nie nastąpiła bezpośrednio po zadziałaniu błyskawicy. Skutkiem nagłego i silnego wstrząśnienia czaszki nastąpiło nagłe porażenie części obwodowych mózgu, połączone z neuroparalitycznem rozszerzeniem i przekrwieniem naczyń, następową niedokrewnością części środkowych mózgu, wystąpieniem surowicy w przestwory podpajęcze i śródmózgowe, obrzękłością istoty mózgowéj i spłaszczeniem zwojów. Nagła niedokrewność rdzenia przedłożonego pociągnęła za sobą asfiksyję. Zgnilizna ciała (plamy trupie wybitne) wystąpiła szybko, pomimo, że ciało trzymano w miejscu chłodném; tłumaczy się to płynnością krwi, albowiem gdy przy sekcyi krew wypuszczono, ciało jeszcze w 3 dni późniéj pozostało świeżém. *(W. med. Blätter*, 1881, Nr. 36*)*.

(Że plamy pośmiertne na zwłokach szybko wystąpiły, nie dowodzi jeszcze szybkiego gnicia zwłok ludzi rażonych piorunem; w drugiéj połowie czerwca r. b. śród niezwykłych upałów ciała psuły się prędko, pomimo, że je przechowywano w miejscach chłodnych. Bardzo słusznie zwraca uwagę Hofmann (*Real- Encyclop.* II, p. 289), że jeżeli zwłoki rażonych piorunem gniją prędko, położyć to należy na karb pory roku, wśród któréj śmierć tego rodzaju zazwyczaj się zdarza. O szybkiém gniciu tych zwłok wiedział nawet już Seneca *(postquam tacta sunt a fulmine jam incipiunt verminare)*. Zresztą szczegóły podane przez autora zgadzają się z opisami dotychczas znanemi; w szczególności oparzeliny powierzchowne i topnienie przedmiotów kruszcowych prawie we wszystkich spostrzeżono przypadkach. Mniéj stałym objawem są owe szczególne postacie rumienia oparzelinowego, które w niektórych przypadkach spostrzeżono, a które mają podobieństwo do drzewa gałęziastego (*Blitzfiguren* Strickera, p. rysunek na str. 283 Billrotha chirurgii ogól-

néj). Powstawanie tych figur dotąd nie jest wyjaśnionêm; przypuszczenie bowiem, jakoby one były odzwierciedleniem krwi ścinającéj się w naczyniach skórnych, okazało się mylnêm, jak tego dowiódł Rindfleisch (*Virchows Archiv* 1862, XX, pag. 45) *(Sprawozd.)*. *L. B.*

Paweł Moreau (Tours): **Demonopatia epidemiczna.**

Że choroby umysłowe pospólne nie były wyłącznym przywilejem wieków średnich, lecz że wśród korzystnych warunków występują jeszcze i obecnie, tego dowodem epidemije, które w naszych czasach panowały w Morzinie w Sabaudyi i w Verzegnis we Friaulu. Pierwsza wybuchła w r. 1860 a posiadamy dokładne sprawozdanie o niéj, spisane przez Dra Constansa, inspektora zakładów dla obłąkanych we Francyi; ostatnia pojawiła się w r. 1878, a dokładny opis jéj zawdzięczamy Drom Chiapowi i Franzoliniemu (w *Rivista sperim. di med. legale*). Do tych epidemij dodać wypada trzecią, która właśnie wybuchła, również we Włoszech, w Alii. Szkoda, że autor nie podaje, w któréj prowincyi leży owa Alia, ale opis jéj przypomina w zupełności opis Morziny, podany przez Constansa. Miejscowość położona w okolicy nieprzystępnéj, zdala od dróg komunikacyjnych, zdaje się odrębne prowadzić życie i przenosi odwiedzającego o kilka wieków wstecz. Mieszkania podobne do lochów podziemnych, a w nich ludzie i zwierzęta siedzą razem; małżeństwa kojarzą się tylko w miejscu, ztąd idyjotyzm, głuchoniemota, padaczka, samobójstwa bardzo często się pojawiają. Przesądy i zabobon kwitną, a od nich do fanatyzmu i urojeń religijnych krok niedaleki. U kobiet, które popadały w urojenia skutkiem przesadzonych praktyk religijnych, uciekano się do zażegnywania czarta. Gdy w lutym, marcu i kwietniu r. b. panowała wielka posucha, urządzono procesyję celem przebłagania niebios, podczas któréj jeden z pobożnych ujrzał nagle pot na obrazie św. Franciszka, a za jego przykładem widział go tłum cały. Jako pośredniczkę w wywołaniu cudu uznano dziewczynę 22-letnią, cierpiącą na epilepsyją i omamy zmysłowe; wnet omamy udzieliły się ojcu i braciom biednéj dziewczyny, a nawet i obcym. Mieszkańcy sąsiednich miejscowości tłumnie pielgrzymowali do téj rodziny, aby ujrzeć narzędzia, które Bóg wybrał celem objawienia swéj woli. Zwierzchność poleciła uwięzić ową dziewczynę, jednak skutek był wręcz przeciwny pożądanemu. Aresztowanie dziewczyny uznano za świętokradztwo, a widziano, jak jakiś Święty odwiedzał uwięzioną. Obłąd stał się powszechnym a ulegali mu głównie dorośli. Autor sądzi, że interwencyja rządu była szkodliwą, że wypadało raczéj posłać na miejsce komisyję lekarską, która powinna była zbadać gruntownie przyczynę złego. *(Le Progrès méd.* 1881, Nr. 37).

(Uwagi godnêm jest, że wszystkie 3 epidemije demonopatyi w naszych czasach wybuchły i panowały w górzystych, odosobnionych okolicach Włoch północnych (bo i w Morzinie powstała epidemija przed wcieleniem Sabaudyi). We wszystkich trzech epidemijach spotykamy się prawie z jednemi i temi samemi szkodliwościami: odosobnienie, brak oświaty, zabobon, fanatyzm, zawieranie małżeństw pomiędzy sobą a ztąd idyjotyzm itd.; we wszystkich trzech wreszcie ta sama bezskuteczność środków zbyt skwapliwie przez rząd zarządzonych bez poprzedniego zbadania źródła choroby. *Sprawozd.*) *L. B.*

Wiadomości pomniejsze.

(K. G.) Laveran na posiedzeniu Towarzystwa bijologicznego w Paryżu przedstawił pracę o **pasorzytach w zimnicy**, w któréj doszedł do następujących wyników: 1) W krwi dotkniętych zimnicą pojawiają się zabarwione utwory pasorzytne w 3 postaciach; 2) trzy te postacie są prawdopodobnie tylko 3 różnemi okresami rozwoju jednego i tego samego pasorzytu, który część swego życia spędza zbiorowo a drugą otorbiony: 3) pasorzyty te napotyka się tylko u chorych dotkniętych zimnicą; nikną one po używaniu chininu; 4) w krwi cierpiących na zimnicę znajdowane pasorzytne utwory są tego samego rodzaju, co ciała pigmentowane, które znachodzimy w naczyniach wszelkich narządów u zmarłych na zimnice złośliwe i które dotąd jako zmienione ciałka krwi opisywano: 5) te twory pasorzytne stanowią bezpośrednią przyczynę napadów zimniczych; 6) zimnicę należy więc nadal do pasorzytnych chorób zaliczać. *(Progrès med.* 1881, 11 czerwca *D. med. Zeit.*. 1881 Nr. 31).

(A. K.) Dr. Chéron **leczy nabłoniaka szyi macicznéj azotanem ołowiu**. Pierwotnie poczęto we Włoszech używać tego środka przeciw rakom owrzodziałym; Chéron wiedziony temi wskazówkami zastósował azotan ołowiu w rakowatych wybujałościach szyi macicznéj po należytêm oczyszczeniu wrzodu za pomocą tamponu z skubanki, namoczonego w glicerynie po następowêm wstrzyknięciu do pochwy litra wody zimnéj, do któréj się dodaje 5·0 półtora chlorku żelaza, Chéron wdmuchuje balonikiem mięszaninę proszków podług następnego wzoru: Rp. *plumbi nitrici pulverisati 15·0, pulv. lycopodii 30·0;* pod wpływem tego leku ustaje cuchnienie, ropienie i broczenie. Po 12—15 takich wdmuchiwaniach Chéron spostrzegał zmniejszenie się nowotworu i poprawę stanu ogólnego choréj. *(Le Progrès médical* Nr. 36, 1881).

(A. K.) Dr. Weil w Sztutgarcie **zbadał uszy 4.500 dzieci** (od 7 do 14 lat) obojéj płci, uczęszczających do szkół. Wyniki tego badania są następujące: 1) Ucho prawidłowe słyszy średniéj siły szeptanie, przy właściwéj ciszy w około, na 20—25 metrów. 2) Choroby ucha nadzwyczaj są częste; W. znalazł 30% niedosłyszących na jedno lub oba uszy. 3) Dzieci rodziców zamożnych mniéj cierpią na wady słuchu, aniżeli z warstwy uboższéj. 4) Szkoły wiejskie dają mniejszy odsetek dzieci z chorobami narządu słuchowego. Zdarza się często, że dzieci nie wiedzą o têm, że źle słyszą; a nieraz uczniowie są posądzani o nieuwagę i dystrakcyję, w on czas kiedy istotna przyczyna niepoprawnego ich zachowania się polega na złym słuchu. (*D. med. Woch.* Sierpień 1881).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie VI z dnia 16go marca 1881 r.

Przewodniczący kol. Jordan. Członków obecnych 32.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. prof. Browicz okazał preparat aktynomykozy ze zwierzęcia i poczynił odpowiednie nad nim uwagi wyjaśniające kwestyję aktynomykozy.

3) Tenże miał odczyt: „Ogólny pogląd na nowotwory.“ (Ogłoszony w Przegl. Lek.)

4) Kol. Mars mówił: „O operacyi cięcia cesarskiego podług metody Porro“. (Wykład ten ogłoszony był w Przegl. Lek.)

Dla spóźnionéj pory odłożono dyskusyję nad oboma odczytami do następnego posiedzenia.

Dr. Stanisław Balicki sekretarz.

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

*** Sprawozdanie Departamentu V Wydziału krajowego (Ref. Dr. Hoszard).**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 37.)

Szpital św Łazarza w Krakowie. Na posiedzeniu z dnia 13 lipca 1880 r. powziął Wysoki Sejm uchwałę treści następującéj:

„Upoważnia się Wydział krajowy, ażeby część gruntu, będącego własnością szpitala św. Łazarza w Krakowie, około jednego morga wynosić mogącego, odstąpił bezpłatnie klinice pod dwa pawilony kosztem rządu wystawić się mające.“

Uchwałę tę w myśl §. 20 Statutu krajowego przesłano c. k. Namiestnictwu w celu wyjednania dla niéj sankcyi Naj. Pana. Dotąd otrzymaliśmy zawiadomienie, że uchwała ta będzie do sankcyi przedłożoną, jak ukończy czynności komisyja, wyznaczona do zbadania sprawy budowy kliniki. — Zarazem zawiadomiło nas c. k. Namiestnictwo, że c. k Ministerstwo oświecenia postanowiło zaproponować Wydziałowi bezpłatne odstąpienie gruntu także pod budowę gmachu, który równocześnie z nowemi budynkami klinicznemi i w pobliżu tych budynków ma być postawiony dla zakładu anatomii patologicznéj. Na to zawiadomienie i na żądanie poparcia u Wys. Sejmu odpowiedział Wydział krajowy c. k. Rządowi w piśmie z d. 14 czerwca rb. do L 24.628, że gdyby zarządzone dochodzenia okazały, że gmach taki stanąć tam może i że w tym celu oprócz odstąpionego już w moc uchwały sejmowéj gruntu potrzebnym jest jeszcze kawałek gruntu z posiadłości szpitalnéj, Wydział krajowy gotów będzie poprzeć wniosek u Wysokiego Sejmu o odstąpienie takiego kawałka gruntu, idąc w têm za skazówką udzieloną w przeszłorocznéj uchwale sejmowéj.

Na têmże posiedzeniu z 13 lipca 1880 r. powziął Wysoki Sejm następujące trzy uchwały:

1) „Wydział krajowy złoży oświadczenie gotowości przyjęcia napowrót kliniki dzieci do szpitala św. Łazarza, i takiego jéj umieszczenia, jakie miała przed przeniesieniem jéj w moc układu z roku 1876 do wystawionego przez prywatne Towarzystwo szpitala św. Ludwika; a to w tym razie, gdyby z jakiegobądź powodu w tym ostatnim zostawać nie mogła.

2) Od żądania opłaty czynszowéj za umieszczenie kliniki chorób skórnych i syfilitycznych w szpitalu św. Łazarza Wydział krajowy odstępuje, uważając ją za ekwiwalent wymaganego przez Rząd zasiłku na budowę kosztem funduszu edukacyjnego 2 pawilonów klinicznych.

3) Upoważnia się Wydział krajowy do ułożenia się z rządem względem wynagrodzenia za odstąpienie w szpitalu św. Łazarza sali wykładowéj dla kliniki chorób skórnych i syfilitycznych.“

O tych uchwałach Wys. Sejmu zawiadomił Wydział krajowy c. k. Namiestnictwo, oraz że tytułem czynszu za salę wykładową dla kliniki syfilitycznéj postanowił żądać 250 zlr. rocznie.

Na to zawiadomienie c. k. Namiestnictwo w odezwie z 22 listopada 1880 r. do L. 5.685 ponowiło żądanie, ażeby Wydział krajowy zechciał oświadczyć, czy ze swéj strony nie ma co do zarzucenia przeciw osnowie projektowanéj umowy Rządu z zawiadowstwem szpitala św. Ludwika względem urządzenia kliniki chorób dzieci.

Na to żądanie odpowiedział Wydział krajowy w piśmie z dnia 21 stycznia 1881 do L. 54 470, że Towarzystwo opieki szpitalnéj dla dzieci na mocy umowy z Wydziałem krajowym, mianowicie z dnia 25 stycznia 1876, do L. 1848 i dodatkowéj z 12 maja 1876 do L. 9322 jest zobowiązane do zezwolenia na urządzenie kliniki w szpitalu św. Ludwika, że od czasu zawarcia téj umowy warunki jéj były przez Towarzystwo najdokładniéj wypełniane, że więc nie zachodzi potrzeba, aby te warunki na nowo Towarzystwu przypominać i do wypełnienia ich wzywać je trzeba było. A co się tyczy projektu umowy między c. k. Namiestnictwem i têmże Towarzystwem zawrzeć się mającéj, Wydział krajowy żadnéj o nim opinii ukzielić nie może, z powodu, że ta mowa dotyczy wyłącznie c. k. Namiestnictwa i Towarzystwa opieki szpitalnéj dla dzieci, że zostaje przeto zupełnie po za wpływem i zakresem działania Wydziału krajowego, któremu ani nad jedną ani nad drugą stroną kontraktującą nie przysługuje prawo nadzoru lub zatwierdzania jéj postanowień.

W skutek prośby c. k. Namiestnictwa zniżył Wydział krajowy żądany pierwotnie czynsz roczny za salę wykładową d a kliniki syfilitycznéj z 250 na 150 złr

Pod względem żywienia chorych żaden ze szpitali nie przedstawia takiego wybitnego polepszenia gospodarstwa szpitalnego od roku 1877 jak szpital św. Łazarza. I tak, dzień żywienia chorego wynosił:

w roku	1877	39·91	ct. przy	133.821	dniach leczenia
„	1878	40·75	„ „	156.842	„ „
„	1879	33·58	„ „	153.395	„ „
„	1880	27·31	„ „	139.841	„ „

Porównanie wydatków ogólnych w czterech ostatnich latach jest także bardzo korzystne:

W r. 1877 wynosiły 162.413 zł., chorych było 5.194, jeden chory kosztował 31 zł. 27 ct.; w r. 1878 wynosiły 182.928 zł., chorych było 6.215, jeden chory kosztował 29 zł. 43 ct.; w r. 1879 wynosiły 157.339 zł., chorych było 5.865, jeden chory kosztował 26 zł. 92 ct.; w r 1880 wynosiły 143.850 zł., chorych było 6.230, jeden chory kosztował 23 zł. 9 ct.

Zauważyć przytém należy, że utrzymanie dzieci w szpitalu św. Ludwika, które ciąży na budżecie szpitala św. Ludwika, wynosi około 11.000 zł. rocznie.

Ruch chorych w porównaniu do r. 1879 przedstawia się jak następuje:

a) Łóżek było	w roku 1879	460	w roku 1880	490
b) Chorych	„ „	5.865	„ „	6.230
c) Dni leczenia	„ „	153.396	„ „	149.941
d) Średni pobyt chorego	„	23·63	„ „	20·5
e) Procent śmiertelności	„	8·66	„ „	10·8

W oddziale chirurgicznym w roku 1880 dokonano 212 operacyj większych i mniejszych a w oddziale ginekologicznym 97. Ilość wenerycznych leczonych w szpitalu wynosiła 876. Odesłano dzieci do szpitala św. Ludwika 693. W oddziale obłąkanych leczono chorych 211, z których wyszło wyleczonych 57, niewyleczonych 65, zmarło zaś 29. Czas pobytu jednego chorego w oddziale 105 dni. Procent śmiertelności 14·74. Ograniczenie przyjmowania chorych zmniejszyło liczbę dni leczenia w porównaniu z r. 1878 o 6.854 a w porównaniu z 1879 o 3.455. Porównanie zaś pierwszego półrocza 1880 z takimże w bieżącym roku wykazuje zmniejszenie dni leczenia w tym ostatnim o 3.231.

W roku 1880 było w szpitalu lekarzy wraz z dyrektorem 18, akuszerka 1, aptekarz 1, urzędników wraz z rządcą 5, diurnistów 6, dozorca domu 1, woźny i odźwierny 2, sióstr miłosierdzia, emerytek i postulanek 31, służby przy chorych 39, służby domowéj 44. W stanie służby w r 1880 nastąpiły zmiany: Dr. Gustaw Neusser został mianowanym pełniącym obowiązki Dyrektora w zakładzie obłąkanych w Kulparkowie, a posadę jego w oddziale obłąkanych objął tymczasowo Dr. Żuławski.

W szpitalu św. Łazarza pozostają jeszcze dwie ważne rzeczy do zrobienia: 1) zbudowanie lepszéj trupiarni, gdyż obecna jest zupełnie zrujnowana, mała i bardzo nieodpowiednio do potrzeb urządzona, 2) osuszenie stawków i mokrych łąk otaczających szpital dla usunięcia szkodliwych wyziewów. Pierwsza z tych rzeczy jest tak naglącą, że przedstawiamy kosztorys do zatwierdzenia i wyznaczenia na to osobnego funduszu. Druga zaś, na którą potrzeba dużo czasu i wydatków, może być dokonaną zbiorowemi siłami. Robota ta już się o tyle rozpoczęła, że jeden ze stawków zasypuje się powoli odpadkami od palenia pod kotłami i w piecach szpitalnych.

Zakład dla obłąkanych na Kulparkowie. W r. 1880 używano chorych do różnych robót w zakładzie. W pierwszém półroczu przez dni 11.969, w drugim półroczu przez dni 11.021; z tą różnicą, że w pierwszéj połowie roku używano chorych przeważnie do robót w salach zakładu, np. do szycia bielizny, do krawieczyzny, szewstwa itp., w drugiéj zaś połowie więcéj do robót w polu i ogrodach. Wynagrodzenie za wszelkie roboty wykonywane w zakładzie przez obłąkanych — przyznane statutem—zostało w r. z. uzupełnione i uregulowanie. Od 1 stycznia do końca czerwca rb. używani byli chorzy do robót tylko przez dni 6.932, a to dla tego, że po wydaleniu spokojnych zostało mniéj chorych, którychby do pracy używać było można.

Wysoki Sejm przeznaczył w budżecie na r. 1880 na wydatki w zakładzie Kulparkowskim kwotę 180.444 zł., wydano zaś rzeczywiście wedle rachunków zarządu tylko 178.657 zł., tj. o 1.487 zł. mniéj niż preliminowano.

Porównanie wydatków w ostatnich czterech latach wykazuje następujące cyfry:

W r. 1877 leczono chorych 997 kosztem 190.745 zł., utrzymanie chorego kosztowało 191 zł. 32 ct. — W r. 1878 leczono chorych 997 kosztem 189.013 zł., utrzymanie chorego kosztowało 193 zł. 35 ct. — W r. 1879 leczono chorych 1 004 kosztem 181.783 zł., utrzymanie chorego kosztowało 181 zł. 05 ct. — W r. 1880 leczono chorych 998 kosztem 178.957 zł., utrzymanie chorego kosztowało 179 zł. 30 ct.

Zatém kosztowało utrzymanie całe jednego obłąkanego w Kulparkowie w r. 1880 o 14 zł. 05 ct. mniéj niż w r. 1878.

Koszt żywienia chorego wynosił dziennie w r:

1877—44·59 ct.
1878—37·75 „
1879—33·15 „
1880—37·14 „

Ruch chorych w zakładzie Kulparkowskim wraz z filijami w Żółkwi i Przemyślu przedstawia się w porównaniu jak następuje: Od 1 stycznia do końca czerwca r. 1880 leczono chorych 788 w 100.797 dniach, a średni stan chorych wynosił 598; w tym samym okresie w r. 1881 leczono chorych 644 w 75.707 dniach, a przeciętna ilość chorych wynosiła 418. Liczba chorych zmniejszyła się więc w jedném półreczu o 144, dni leczenia o 32.090, a przeciętny stan chorych o 180 osób. Od sierpnia r. 1880 do 30 czerwca r. 1881 wydalono w myśl uchwały Wysokiego Sejmu polecającéj wydalać nieuleczalnych a spokojnych obłąkanych 183 chorych. Opuściło zakład wyleczonych w r. 1879—101, w r. 1880—100, a w pierwszém półroczu r. 1881 46. Umarło w r. 1879—111, w r. 1880—123, a w pierwszém półroczu r. 1881—72. Procent śmiertelności wynosił w r. 1879—11·05, w r. 1880—12·32, a w pierwszém półroczu r. 1881—12·16. Średni pobyt obłąkanego w zakładzie wynosił w r. 1879—209·7 dni, w r. 1880—190·4, a w pierwszém półroczu 1881—117·5 dni.

Po ustąpieniu Dra Marescha z posady dyrektora zamianowanym został w dniu 1 sierpnia 1880 r. tymczasowym dyrektorem zakładu Dr. Gustaw Neusser, prymaryjusz oddziału obłąkanych w szpitalu św. Łazarza w Krakowie. Stabilizowani zostali na posadach zajmowanych: prymaryjusz Dr. Dobiński, sekundaryjusz Dr. Hankiewicz. Prowizorycznie zaś zostali zamianowani: prymaryjusz Dr. Pluciński, a sekundaryjuszem Dr. Laskiewicz-Friedensfeld.

Stan służby w zakładzie był następujący: Lekarzy wraz z dyrektorem 5, urzędników wraz z rządcą 4, kapelanów 2, dyetaryjuszów 3, sióstr miłosierdzia 17, służby starszéj 3, służby przy chorych 70, służby domowéj 31.

Dnia 16 lipca 1880 r. powziął Wysoki Sejm następującą uchwałę: „Poleca się Wydziałowi krajowemu, ażeby istniejących filij w Żółkwi i w Przemyślu nie rozszerzał, przeciwnie ażeby z nich polecił wydalić obłąkanych nieulecznych i zarazem nie zagrażających bezpieczeństwu publicznemu ani obyczajności i ażeby starał się stopniowo, o ile być może, o jak najrychlejsze zwinięcie tych filij.“ Dnia 18 lipca 1880 r. polecił Wydział krajowy (l. 32.542) dyrektorowi zakładu kulparkowskiego, ażeby w myśl téj uchwały nie wysełał więcej żadnego umysłowo chorego do szpitali w Żółkwi i Przemyślu. Dnia 27 lipca 1880 r. polecił Wydział krajowy temuż dyrektorowi (l. 34.176), ażeby wspólnie z inspektorem szpitali i z lekarzami ordynującymi przedsięwziął ścisły i dokładny przegląd wszystkich obłąkanych w Kulparkowie, w Żółkwi i w Przemyślu i ażeby z tych zakładów wydalił wszystkich chorych na umyśle, którzy,—w myśl powyższéj uchwały Wysokiego Sejmu,—nadal w zakładach krajowych nie powinni być pielęgnowani. Dnia 12 sierpnia wykonała komisyja tak z psychijatrów złożona czynność swoją w Kulparkowie i przeznaczyła 61 chorych do wydalenia. Dnia 25 sierpnia znalazła w szpitalu w Żółkwi 14tu obłąkanych nie kwalifikujących się do dalszego pobytu a dnia 30 sierpnia w szpitalu przemyskim 24 takich chorych. Razem poleciła komisyja wydalić ze wszystkich trzech zakładów 99 obłąkanych. Przedkładając swoje sprawozdanie zastrzegła się komisyja, że wprawdzie dopełniła z całą sumiennością polecenia danego jéj przez Wydział krajowy, lecz pomimo to nie może wziąć na siebie odpowiedzialności za skutki wydalenia tyloletnich mieszkańców zakładów. Przeznaczeni bowiem do wydalenia chorzy, dopóki pozostają pod ścisłą opieką lekarską i mają wszelkie potrzeby zaspokojone, dopóty są zupełnie spokojni i dotychczasowém zachowaniem się swojém w zakładzie upoważniają komisyję do orzeczenia, że nie zagrażają bezpieczeństwu publicznemu. Zaręczać jednak komisyja nie może, czy pozostaną w takim stanie, skoro pozostawieni sobie samym pozbawieni będą opieki i wygód, które im zakład dawał, skoro narażeni będą na walkę z troskami życia codziennego. Od sierpnia r. 1880 tedy każdy obłąkany bywa—na mocy powołanéj uchwały Wysokiego Sejmu—z zakładu wydalony i oddawany do dalszego pielęgnowania, czy to rodzinie czy to gminie, do któréj przynależy, skoro przekonano się, że choroba jego jest nieuleczalną a on sam jako spokojny nie zagraża ani obyczajności ani bezpieczeństwu publicznemu. Tym sposobem wydalonych zostało: w sierpniu 48, we wrześniu 13, w październiku 14, w listopadzie 21, w grudniu 12, w styczniu 19, w lutym 14, w marcu 9, w kwietniu 16, w maju 11, w czerwcu 6, razem do 1 lipca rb. 183 chorych. Z tych dotąd tylko pięciu do zakładu powróciło. Za to powiększyła się nieco frekwencyja chorych na umyśle w szpitalach prowincyjonalnych. Podczas kiedy w r. 1878 w tych szpitalach tylko 154 obłąkanych pielęgnowano, powiększyła się ich liczba w r. 1880 do 214.

W dniu 1 grudnia 1880 znajdowało się w Kulparkowie chorych na umyśle 374, w Żółkwi 55, w Przemyślu 61, razem 490. Ta mała liczba skłoniła Wydział krajowy, że dnia 14 grudnia polecił dyrektorowi zakładu kulparkowskiego, ażeby poczynił przygotowania do przeniesienia wszystkich kobiet obłąkanych z Przemyśla do Kulparkowa i do zwinięcia filii przemyskiéj z dniem 1 marca. Polecenie to zostało wykonane w dniach 20ym i 28ym lutego rb. tak, że z dniem 1ym marca filija w Przemyślu istnieć przestała.

Filija żółkiewska, w któréj się w czerwcu rb. 53 chorych znajdowało, została—stósownie do woli Wysokiego Sejmu z dniem ostatnim czerwca roku bieżącego zwiniętą, skoro chorych, którzy dotąd w Żółkwi przebywali, można było pomieścić w oddziale mężczyzn w Kulparkowie bez obawy, że przez to zabraknie miejsca dla innych obłąkanych, którzy w ciągu roku z chorobami o przebiegu ostrym szukać będą opieki w zakładzie, a którzyby uleczeni być mogli. (Dok. n.)

* W r. 1880 umarło w Wiedniu 5.237 osób z gruźlicy, o 114 mniéj niż w r. 1879. Czwarta część wszystkich umierających we Wiedniu ginie więc z gruźlicy. Na płeć męzką przypada 55·2%, na żeńską 44·8%; najwięcéj osób umiera pomiędzy 25—40 rokiem życia. Najwięcéj przypadków śmierci przypada na miesiąc maj (555), najmniéj na wrzesień (194). Pomimo to procent śmiertelności ogólny we Wiedniu nie jest najgorszym. Na 1000 ludzi umiera we Frankfurcie n./M. 20·0, w Londynie 21·3, we Wiedniu 24·6, w Dreźnie 24·9, w Hamburgu 25·0, w Brukseli 25·6, w N. Yorku 26·2, w Berlinie 28·1, w Wenecyi 28·1, w Paryżu 29·5, w Budapeszcie 34·2, w Monachijum 34·5, w Tryjeście 34·9. Że nasz Kraków żadnemu z tych miast w procencie śmiertelności wyprzedzić się nie daje, jest rzeczą znaną, a mimo to więcéj myślą o teatrze aniżeli o wodociągach.

Statystyka epidemij. W tygodniu 34 (do 20 sierpnia) ospa w Wiedniu zabrała 100 ofiar, w Paryżu 14, w Saragosie 14. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 19, w miastach hiszpańskich umierało nieco więcéj. Z nieżytu jelitowego jeszcze wiele umierało dzieci w wszystkich większych miastach. Czerwonka pojawia się sporadycznie w niektórych większych miastach. W tygodniu 35 (do 27 sierpnia) umarło w Krakowie: 2 z odry, 1 z płonicy, 1 z błonicy, 1 z krztuśca, 3 z czerwonki, 1 z róży, a doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku ospy, 1 płonicy 1 duru osutkowego, 10 czerwonki.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 34 (do 20 sierpnia) umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 38,0; w Poznaniu 54,0; w Wiedniu 26,0; w Budapeszcie 40,6; w Pradze 28,1; w Tryjeście 34,9; w Berlinie 30,8; w Wrocławiu 40,9; w Gdańsku 28,3; w Mnichowie 38,2; w Dreźnie 30,9; w Lipsku 36,4; w Bazylei 26,8; w Brukseli 25,8;

w Amsterdamie 22,3; w Paryżu 26,8; w Kopenhadze 20,3; w Stokholmie 18,5; w Chrystyjanii 15,2; w Petersburgu 51,4; w Odesie 49.3; w Rzymie 25,8; w Bukareszcie 19,5; w Madrycie 39,3; w Aleksandryi 41,5; w Nowym Jorku 42,8; w Filadelfii 29,4; w Bombaju 35,3. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 15 września. Na ostatniém ogólném posiedzeniu Zjazdu londyńskiego przyjęto jednogłośnie rezolucyje sekcyj fizyjologicznéj i okulistycznéj następującéj treści:

1. Zjazd wyraża swoje przekonanie, że doświadczenia na zwierzętach żywych miały nader wielkie dla medycyny znaczenie i są niezbędnemi dla dalszego jéj postępu, a pomimo wstrętu przed niepotrzebném wywołaniem boleści, nie jest rzeczą pożądaną dla ludzi i zwierząt, aby osoby powołane ograniczono w wykonywaniu takich doświadczeń.

2. Zjazd wyraża swoje przekonanie, że wszyscy urzędnicy, pełniący obowiązki tak na lądzie jako i na morzu, od których zawisło zdrowie i życie ludzi, powinni przedkładać świadectwa, że mają wzrok prawidłowy.

Obie te rezolucyje są wielkiéj doniosłości; pierwsza ma znaczenie głównie dla Anglii, gdzie agitacyja przeciw wiwisekcyjom z każdym dniem się wzmaga; ostatnia ma znaczenie powszechne. Jednogłośne orzeczenia Zjazdu, który, jak żaden przed nim, zasłużył sobie na miano powszechnego, nie pozostaną zapewne „cennym tylko dla aktów materyjałem“.

* Przy ostatnich wyborach we Francyi wybrano do Izby deputowanych 49 lekarzy i 3 aptekarzy; pomiędzy pierwszymi znajduje się kilka znakomitości jak np. Cornil, Liouville, Maunoury, a przedewszystkiém Paweł Bert, znany fizyjolog i eksperymentator, desygnowany na przyszłego ministra oświaty. Pokazuje się, że na Zachodzie stan lekarski w większém jest poszanowaniu, aniżeli u nas; podczas gdy we Francyi w Izbie poselskiéj zasiada kilkudziesięciu lekarzy, a z ich grona ma wyjść minister, podczas gdy we Włoszech również wielu jest lekarzy deputowanymi a minister oświaty również jest lekarzem, — w Austryi w Radzie Państwa zaledwie jeden lub dwóch jest posłów lekarzy. Następstwa tego pomijania lekarzy i odmawiania im poniekąd zdolności do reprezentowania ludu, są aż nadto widoczne i dają się w znaki społeczeństwu całemu. Do spraw obchodzących zdrowie ogólne w Radzie Państwa nie znajdzie reprezentantów fachowo wykształconych, a tém mniéj od takiego Zgromadzenia wychodzić może inicyjatywa do ulepszenia stosunków sanitarnych.

* Według nadesłanych nam wykazów w Cieplicach czeskich bawiło do d. 6 bm. gości 9.779, a w Luhaczowicach do 1 bm. gości 1061.

* **Bern** (w Szwajcaryi). Sędziwy prof. fizyjologii Valentin doznał napadu apopleksyi.

* **Paryż**. Tow. antropologiczne otrzymało legat od wdowy po prof. Broce, przeznaczony na to, aby odsetki w kwocie 1.500 fr. co 2 lata przeznaczano na nagrodę za najlepszą pracę w dziedzinie anatomii ludzkiéj, porównawczéj i fizyjologii. *(W. m. Bl).*

* D. 7 bm. ustawiono na cmętarzu miejskim w Moulins-sur-Allier pomnik składkowy na grobie Dra Ludwika Laussedata, zmarłego w lipcu 1878 w 79 roku życia. Nad grobem przemówił Dr. Cornil, deputowany departamentu, Dr. Laussedat był lekarzem w Moulins do r. 1848, wybrany w tym roku deputowanym opuścił Francyję po zamachu stanu w r. 1851 i osiadł w Brukseli, gdzie go wybrano członkiem akademii. W r. 1875 powrócił do kraju i znów deputowanym wybrany został. Po Cornilu przemówił jeszcze reprezentant akademii belgijskiéj oraz Dr. Martin w imieniu Towarzystwa med. publ. w Paryżu, którego to Towarzystwa zmarły był założycielem. *(Progrès méd.)*

* **Mianowania i odznaczenia.** Dr. Julijusz Mauthner, asystent prof. Ludwiga, habilitował się jako docent pryw. chemii zastósowanéj w Wydziale lek. we Wiedniu. — Prof. Virchow otrzymał krzyż komandorski portugalskiego orderu św. Jakóba, a prof. Schaaffhausen w Bonnie krzyż oficerski tegoż orderu. — Dyrektor szpitala Charité w Berlinie Dr. Mehlhausen, lekarz jeneralny à la suite armii, otrzymał tytuł „tajnego starszego radcy lekarskiego z rangą radcy drugiéj klasy“ — (co za obfitość tytułów w Niemczech i jakie subtelne odcienia!) — Prof. Busch w Bonnie za operacyję wykonaną szczęśliwie na Cesarzowéj Auguście otrzymał wielki krzyż orderu domowego Hohenzollernów razem z własnoręczném podziękowaniem ze strony cesarza niemieckiego.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 37: Wolberga: Krytyczne i doświadczalne badania nad zeszywaniem i odtwarzaniem się nerwów; Gajkiewicza: O leczeniu tętniaków aorty piersiowéj za pomocą elektryczności; Matlakowskiego: Obecne stanowisko metody Listerowskiéj (c. d.) — W *Medycynie* Nr. 37: Matlakowskiego: Czy mgła antyseptyczna jest niezbędną częścią oprawy antyseptycznéj? — W *Przewodniku gimastycznym* Nr. 6: Żulińskiego: Ruch mięśniowy i wpływ jego na zdrowie człowieka (c. d.)

Redakcyja otrzymała:

Prof. Dr. ROSNER: O kile w płucach ze stanowiska klinicznego. (Osobne odbicie z Przeglądu Lek.) in 8vo str. 28.

Piśmiennictwo lekarskie. LANGER C. Kurzes Lehrbuch d. Physiologie, m. besond. Rücksicht auf d. medicin. Prüfgn. bearb. Mit 21 fig. in Holzschn. gr. 8. Berlin, Gutmann. M. 4. 50.

MAUTHNER Ludw. Vorträge aus dem Gesammtgebiete der Augenheilkunde f. Studirende u. Aerzte. 6—8 Hft. Mit Holzschn. gr. 8. Wiesbaden, Bergmann M. 7.

MICHEL Carl. Zur Behandlung der Krankheiten der Mundrachenhöhle u. d. Kehlkopfes. gr. 8. Leipzig. Vogel. M. 3.

MOSSO A. Ueber den Kreislauf d. Blutes im menschlichen Gehirn. Mit 87 Abbildgn. im Text u. 9 Tfln. gr. 8. Leipzig, Veit et Co. M. 10.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. M. w Chorostkowie: W odpowiedzi na zapytanie kolegi zalecamy do egzaminu fizykackiego następujące dzieła: Z medycyny sądowéj Hofmanna wydanie 2gie i Krafft-Ebinga: Gerichtl. Psychopathologie; z higijeny: Obentrauta lub Olpińskiego Zbiór ustaw, Pappenheima Sanitätspolizei. z Chemii Ottona Anleitung z. Ausmittelung der Gifte, z Toksykologii Falcka Lehrbuch d. prakt. Toxikologie; z farmakognozyi dzieło Wiganda a z weterynaryi Rölla.

W ostatniéj chwili przed zamknięciem tygodnika otrzymujemy następujący list z Wiednia, który umieścić pośpieszamy:

Wiedeń 14 września 1881.

Dziś przed południem otwartym został Zjazd niemieckiego Towarzystwa ochrony zdrowia publicznego wspólnie z Zjazdem Towarzystwa dla techniki zdrowotnéj. Pierwsze z tych Towarzystw, które wyłoniło się z sekcyi dla medycyny publicznéj zjazdów niemieckich lek. i przyr. a założone zostało w r. 1873 w Frankfurcie nad M. odbywa obecnie IX zebranie po raz pierwszy w Austryi, gdy dotąd odbywało zjazdy wyłącznie po miastach Cesarstwa niemieckiego. Powodem utworzenia tego towarzystwa była ta okoliczność, że sekcyja medycyny publicznéj na Zjazdach lekarzy niemieckich traktuje higijenę więcéj ze stanowiska teoretyczno-umiejętnego; zachodziła więc potrzeba utworzenia Towarzystwa, w którémby więcéj uprawiano higijenę ze stanowiska praktycznego. O potrzebie Towarzystwa z takim celem przy ogólnym rozwoju higijeny w naszych czasach świadczy to, że w dziewiątym roku swego istnienia liczy Towarzystwo już 1070 członków, z których w Zjeździe Wiedeńskim bierze udział jak dotąd 240; między tymi napotkać można imiona najwybitniejszych niemieckich powag na polu higijeny, przybyli bowiem burmistrz Winter i Dr. Lissauer z Gdańska, Baer, Börner, Eulenberg, Wolffhügel z Berlina, Mosler z Gryfii, Lent z Kolonii, Pettenkoffer, Erhard, Renk, Sojka z Mnichowa, Rosenthal z Würzburga, Roth i Reinhard z Drezna, Hoff-

mann z Lipska, Forster z Amsterdamu, Erismann z Moskwy, Popper z Pragi, prof. Binz z Bonny.

Posiedzenia odbywać się będą przez dni 3 w sali Towarzystwa muzycznego.

Wczoraj wieczorem było towarzyskie zebranie w téjże sali, w którém wzięło udział przeszło 100 członków. — Dziś pierwsze posiedzenie rozpoczęło się od tego, że przewodniczący Radca zdrowia Dr. Märklin z Wiesbadenu zawiadomił zebranie, iż Wydział na honorowego prezesa zaprosił Księcia Teodora Karola bawarskiego, który téż zaraz objął przewodnictwo dziękując w dłuższéj przemowie wygłoszonéj z pamięci i ze swobodą za zaszczytny wybór. Nastąpiły powitania przez Namiestnika dolnéj Austryi, burmistrza miasta Wiednia i Dra Karajana imieniem Wydziału przygotowawczego. Po odczytaniu sprawozdania rocznego wybrano na propozycyję Wydziału na stałego przewodniczącego Dra Erhardta, pierwszego burmistrza m. Mnichowa a zastępcami jego prof. Dra Pettenkofera (z Mnichowa) i radcę Dra Karajana (z Wiednia), sekretarzami zaś Dra Spiessa (z Frankfurtu) i Dra Adlera (z Wiednia).

Z kolei rozpoczęły się rozprawy nad z góry obmyślanemi tematami. Pierwszym przedmiotem rozpraw była sprawa cmentarzy, co do któréj żywe toczyły się rozprawy, a o których w następnym wspomnę liście. Dziś nadmienię tylko, że jako upominek otrzymują członkowie dzieło *Wiens sanitäre Verhältnisse und Einrichtungen*, ozdobnie oprawne objętości 334 stronnic w 8ce, z licznemi rysunkami; stanowić ono będzie prawdziwą kopalnię ciekawych szczegółów dla wszystkich higijeną się zajmujących, zawiera bowiem dokładny opis miasta, które pod względem higijenicznym tak wielkie w ostatnich latach zaprowadziło ulepszenia. Zewnętrzna forma odpowiada wewnętrznéj wartości; jest poważna i gruntowna a ryciny ładnie wykonane. *Dr. Grabowski.*

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Ponieważ ciągle nadchodzą zamówienia na Dziennik III Zjazdu Lekarzy i Przyrodników polskich, a nakład Nru 2 tegoż Dziennika jest już zupełnie wyczerpany, innych zaś Nrów posiada Redakcyja także tylko nieznaczny zapas, przeto Wydział gospodarczy uchwalił wydać w m. październiku rb. drugie wydanie Dziennika III Zjazdu Lek. i przyr., jeżeli się znajdzie dostateczna liczba prenumeratorów.

Prenumerata na 2gie wydanie wynosi 2 złr. i przyjmuje ją po dzień 15 października rb. Administracyja Przeglądu Lekarskiego.

Zamówienia, które nadeszły po 26 lipca rb. nie mogły już być uwzględnione, zamawiających zanotowano więc jako prenumeratorów na drugie wydanie.

Jeden z kolegów na prowincyi praktykujących donosi nam, że przed 3ma tygodniami został okradziony, i że pomiędzy innemi zabrano mu pulares z narzędziami podręcznemi z londyńskiéj fabryki Weissa pochodzącemi, oraz z termometrem maksymalnym w kauczukowéj oprawie. Chętnie czynimy zadosyć prośbie, aby na tę stratę lekarza biednego zwrócić uwagę kolegów, celem możebnego przytrzymania sprawcy kradzieży.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj pół tora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Ulica Podwale Nr. 84.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Boulv. Voltaire 180, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 24 września 1881. № 39. Rok XX.

I. Z kliniki chirurgicznéj Prof. Billrotha w Wiedniu.

O użyciu jodoformu w leczeniu ran.

Skreślił Dr. Jan Mikulicz

asystent powyższéj kliniki i docent prywatny w Uniwersytecie wiedeńskim.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 38.)

Zastanówmy się teraz nad specyjalném zastósowaniem jodoformu w rozmaitych przypadkach leczenia ran. Zamierzam zaś podać tu metody użycia jodoformu, któreśmy wypróbowali w naszej klinice w rozlicznych ranach, jakotéż skutki nim osiągnięte. Przekroczyłbym z pewnością granice téj rozprawki, gdybym chciał każdy poszczególny przypadek obszerniéj omówić; bo téż nie miałoby to w istocie żadnéj praktycznéj wartości, zwłaszcza, że prawie wszystkie równorzędne przypadki zupełnie tego samego sposobu leczenia wymagają i jednakowy okazują przebieg. Zamierzam przeto ograniczyć się do sumarycznego skreślenia całych grup przypadków, a tylko wtedy zapuszczę się w opisanie specyjalnego przypadku, jeżeli tenże uchodzić może za wzór pewnéj grupy, lub téż, jeżeli jako taki na szczególniejszą uwagę zasługuje.

Dla jaśniejszego poglądu podzielę przypadki przez nas jodoformem leczone na trzy główne działy, a mianowicie: *A)* Świeże i czyste (to jest niezakażone rany). *B)* Zakażone rany i wrzody rozmaitego rodzaju. *C)* Rany i wrzody na szczególniejszéj podstawie (np. gruźlicy, zołzów, liszaju żrącego, kiły).

A) Świeże a czyste rany. Przypadki odnośne musimy znowu na kilka podziałów rozłożyć, które różnego sposobu leczenia wymagają. Rozróżniamy przeto:

a) Rany otwarte t. j. takie, które dla czysto mechanicznych przeszkód nie mogą się zagoić *per primam intentionem,* ponieważ np. rozległa utrata skóry bezpośredniemu zrośnięciu się brzegów rany przeszkadza.

b) Rany, które się nadają do częściowego lub zupełnego zagojenia bezpośredniego.

c) Rany, komunikujące otwarcie z większemi jamami surowiczemi a szczególnie z jamą otrzewnową.

d) Rany zostające w połączeniu z jednym lub kilkoma przewodami, wysłanemi błoną śluzową np. z jamą ust, nosa, z pochwą, prostnicą itd.

Ponieważ pod wyżwspomniane cztery podziały największą część ran operacyjnych podporządkować można, przeto wypada mi parę słów jeszcze powiedzieć o tych przeciwgnilnych środkach ostrożności, jakich oprócz zastósowania jodoformu używamy w klinice tak przy operacyi, jakotéż przy zmianie opatrunku.

Że już od półtora roku konsekwentnie bez sprayu operujemy, o tém wspomniałem już we wstępie niniejszego artykułu. Zresztą przestrzegamy jak najskrupulatniéj wszelkich prawideł sposobu przeciwgnilnego. Z powodu, że się jodoform, — jak to z moich doświadczeń wypływa — do energicznego oczyszczenia przedmiotów z raną stykających się, jakoto rąk, narzędzi, gąbek itd., nie nadaje, dla tego używamy do przeprowadzenia tych nieodzownych środków ostrożności, jak zwyczajnie, kwasu karbolowego. Stosownie do ważności operacyi używamy 3% lub 5% roczczynu kwasu karbolowego, którym się oczyszcza pole operacyjne, gruntownie przedtém obmyte, jakotéż ręce osób przy ranie zatrudnionych i narzędzia. Gąbki należy na kilka dni przed użyciem w 5% roczczynie karbolowym moczyć, do czego wielką wagę przywiązujemy. Do szwów i podwiązań używamy po większéj części jedwabiu, wygotowanego poprzednio przez godzinę w 5% roczczynie karbolowym i w tymże następne przechowywanego. Zauważyć tu należy, że w ten sposób przygotowany jedwab absolutnie żadnéj zapalnéj reakcyi nie wywołuje a szczególnie jako przewiązka bezpośredniemu zagojeniu rany wcale nie przeszkadza. Do pewnych celów używamy katgutu chromowego, zaleconego ostatniemi czasy przez Listera. Prócz tego wszystkiego wchodzą w użycie jeszcze niektóre inne pomniejsze środki ostrożności, których szczegółowe opisanie za dalekoby mnie

powiodło. Rany większych rozmiarów, mające się bezpośrednio zagoić, wystrzykujemy przed spojeniem skrupulatnie 3% rozczynem karbolowym. Na należyte odrenowanie i dokładne zeszycie ran tego rodzaju tak samo starannie uważamy jak przy opatrywaniu ich sposobem Listerowskim.

a) Otwarte świeże rany.

Rozpoczynam od tego rodzaju ran, ponieważ tu skutek opatrunku jodoformowego najłatwiaj da się poznać i ocenić z powodu nader prostych stosunków ran, które właśnie skutkiem bezpośredniego i wszechstronnego zetknięcia się rany z jodoformem tak pod względem jego działania na ranę jakoteż i jéj wydzieliny bezpośrednio badać można.

Pierwszym tu należącym przypadkiem naszéj kliniki był ponowny mięsak powłok brzusznych u 16-letniéj kobiety. Obrzęk sięgał od spojenia kości łonowych blisko aż do pępka, a po jego oddaleniu pozostała rana prawie na dwie dłonie szeroka, sięgająca do mięśni brzusznych, która z powodu wielkiéj utraty skóry tylko nieznacznie zmniejszyć się dała. Całą ranę posypano w powyż podany sposób jodoformem, na to nałożono prosty opatrunek watowy i opaski. Przy pierwszéj zmianie opatrunkn znaleziono małą ilość bezwonnych wydzielin krwawo-surowiczych. Jodoform trzymał się rany jeszcze dość silnie. Rana zaś nie była wcale podrażnioną; chora nie gorączkowała począwszy od dnia operacyi, nie miala żadnych boleści i w ogóle miała się bardzo dobrze. Przy następnéj zmianie opatrunku z końcem drugiego tygodnia brodawkowała już większa część rany; wydzieliny były śluzowo-surowicze w małéj ilości, stan zaś choréj ustawicznie zadowalający. W trzecim tygodniu cała rana pokryta była czystą ziarniną, poczém przykryto ją maścią, pod którą się zwolna zabliźniła.

W podobny sposób i z podobnym skutkiem leczono w naszéj klinice 3 rany po nowotworach na głowie (naczyniak, mięsak i rak), po których wydaleniu kość lub okostna czaszki odkrytą została i po których pozostała utrata skóry wielkości dłoni lub jeszcze większa. W innym przypadku mieliśmy rozległe blizny oparzelinowe ze zrostami dołu pachwowego; tu zrobiłem obszerną plastykę, po któréj pozostała na piersi rozległa rana, zagojona również w powyż podany sposób. Do tego rzędu należą dalej rozliczne większe lub mniejsze plastyczne operacyje na twarzy, po których pozostały otwarte rany, opatrywane również w powyższy sposób jodoformem.

Po tych doświadczeniach możemy o opatrunku jodoformowym w ranach tego rodzaju następujące wydać orzeczenie: na świeżą ranę nasypany jodoform nic nie drażni, goi ją jednak zupełnie aseptycznie, zarówno brak wszelkich ogólnych objawów oddziaływania; wydzieliny są szczupłe i surowicze, dopóki jodoform w zetknięciu z raną zostaje. W pierwszym tygodniu trzyma się jodoform świeżéj rany dość silnie; a dopiero gdy się pod nim ziarnina wytwarza, oddziela się jodoform od niéj stopniowo. Opatrunek potrzeba zmieniać ledwie co tydzień a często nawet rzedziéj. Zauważyć tu jednak należy, że opatrunek jodoformowy nie stosownym jest w ranach brodawkujących już zupełnie i czysto. Ostateczne gojenie się a szczególnie zabliźnianie się rany pod opatrunkiem jodoformowym postępuje, przynajmniej według naszych spostrzeżeń, bardzo powoli, co prawdopodobnie przypisać należy właśnie zupełnemu brakowi podrażnienia; nadto ziarnina ta jest tak delikatna a często tak przekrwiona, że już za najlżejszém dotknięciem krwawi. Dla tego też usuwamy opatrunek jodoformowy ostatecznie wtedy, gdy rana czysto brodawkuje a przykrywamy ją natomiast lekko drażniącą maścią (*Argent. nitr. 1: 100*).

Do rzędu ran, o których była mowa, należą także głębokie rozranione jamy, które się zupełnie wolno na zewnątrz otwierają, np. rany powstałe po zupełném wydaleniu treści oczodołów. W podobnych przypadkach wypełniamy całą jamę gazą jodoformową, kładziemy na nią prosty opatrunek watowy i obchodzimy się z nią zupełnie tak, jak gdyby ta rana była płaska. Lecz w tych ranach jamistych należy zwrócić szczególniejszą uwagę na parę okoliczności. Jestto mianowicie nieodzowną koniecznością, aby wszystkie części rany zostawały w styczności z jodoformem; nigdzie nie powinna większa zatoka pozostać, którąby niezostawała pod wpływem jodoformu, gdyż się tam mogą wydzieliny nagromadzać i rozkładać, w obec czego oczywiście opatrunek jodoformowy mógłby całą swą wartość utracić. Szczególnie szkodliwemi byłyby następstwa takiego nagromadzenia się wydzielin w jamach, będących w związku z jakimś przewodem, wysłanym błoną śluzową, o czém zresztą jeszcze późniéj będzie mowa. Z początku zauważyliśmy w kilku podobnych przypadkach 3go lub 4go dnia nieznaczne podniesienie się ciepłoty, a przy zmianie opatrunku wykryliśmy, że przyczyna tego leżała w zatrzymaniu się małéj ilości wydzielin bezwonnych za gazą jodoformową. Szczególnéj staranności wymagają podobne przypadki wtedy, jeżeli się ranę jamistą silnie zatkało w celu szybkiego zatamowania krwotoku. W takim razie zmieniamy opatrunek dla ostrożności już 3go lub 4go dnia a wkładamy następnym razem gazę zupełnie luźno.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. O działaniu i skutkach chlorku apomorfinu w zapaleniu płuc.

Skreślił Dr. **Henryk Kowalski**,
Dyrektor i prymaryjusz szpitala pow. w Tarnowie.

(Rzecz czytana na 2giém posiedzeniu sekcyi medycyny wewnętrznéj III Zjazdu lekarzy i przyrodników w Krakowie.)

Od r. 1869, w którym Weber w Darmstadzie ogłosił swoje spostrzeżenia co do leczenia dławca wziewaniem kwasu mlekowego a prof. Trousseau podał wynik doświadczeń z bromkiem potasu w padaczce, zachwiał się zdaniem mojém tak głęboko między lekarzami zakorzeniony sceptycyzm a terapija chorób wewnętrznych do 1869 prawie takaż sama, jaką była i w 18 stuleciu, zaczęła wstępować szybko na zupełnie nowe tory. W pracowniach uniwersyteckich widzimy w ubiegłym dziesiątku lat niezwykły ruch i życie a każdy nowo przez chemików wynaleziony środek jak: kwas salicylowy, apomorfin, pilokarpin, resorcyn, zanim użytym zostanie do ustroju człowieka, przechodzi liczne próby na zwierzętach. Że tak w istocie rzecz się ma, jak przytoczyłem, dość będzie porównać farmakologiję Schroffa z siódmego, a farmakologiję Nothnagla i Rossbacha z ósmego dziesiątka bieżącego wieku. Gdy pierwsza zaledwie cośkolwiek o skutkach leków na zwierzętach wspomina, druga tymczasem podaje całe szeregi wykonanych na nich doświadczeń, stosując zarazem wynik badań do rozmaitych narządów u człowieka.

Nie należąc ani do liczby tych lekarzy, którzy już z jednego przypadku wywodzą cudowne skutki leków,

ogłaszając o nich sążniste artykuły, jak np. o skuteczności bobu kalabarskiego w krztuścu, bromu w dławcu, kondurangu w raku, będźwinianu sodowego w gruźlicy, których atoli żaden sumienny badacz potwierdzić nie mógł, ani też znowu nie będąc bezwzględnym sceptykiem, postanowiłem jeden z tych nowszych środków a mianowicie chlorek apomorfinu zrobić przedmiotem bliższych spostrzeżeń. Zanim wszelako wypadek mego doświadczenia opiszę, winienem podać najważniejsze szczegóły o tymże leku od chwili, gdy go otrzymano, aż do obecnego czasu.

Jeszcze w r. 1869 udało się dwom chemikom, Matthiessenowi i Wrightowi, po ogrzaniu morfinu z kwasem solnym w rurce szklanéj szczelnie zamkniętéj otrzymać chlorek apomorfinu składu chemicznego C_{17}, H_{17}, NO_2 HCl, który po długich usiłowaniach przedstawiono ostatecznie jako proszek krystaliczny, barwy zielonkowato szaréj, pomięszany z małą ilością kryształków bezbarwnych, połyskujących, w wodzie wyskoku, eterze i chloroformie rozpuszczalny. Niedługo potém, bo niespełna w 3 lata Siebert w rozprawie inauguracyjnéj, ogłoszonéj w r. 1871 w Dorpacie *(Untersuchungen über die physiologischen Wirkungen des Apomorphins)* podał swe własne spostrzeżenia nad chlorkiem apomorfinu tak na zwierzętach jak i ludziach, twierdząc, iż tenże jest dzielnym lekiem wymiotnym, który z uwagi, iż nie poraża czynności serca i bez żadnych złych następstw da się użyć podskórnie, zasługuje na pierwszeństwo przed innemi środkami. Chociaż praca powyższa uległa najpoważniéjszéj krytyce, tyle jednakże pewném jest, że tak Quehl pod okiem prof. Koehlera 1872 r. w Halli, jak i Harnack pod okiem prof. Schmiedeberga 1874 r. w Sztrasburgu, z małemi bardzo odmianami potwierdzają w zupełności doświadczenia Sieberta Harnack udowodnił nadto, że apomorfin działa nietylko na ośrodek wymiotny, lecz także na układ mięśniowy i nerwowy, tudzież że z pojawieniem się wymiotów uspokajają się rozdrażnione apomorfinem inne ośrodki a mianowicie ruchu i oddechu.

Pierwszym badaczem, który wskazał nam dalszą własność chlorku apomorfinu mianowicie jego siłę wykrztuśną, był Fronmüller *(Memorabilien* Nr. 9, str. 390). Z Polaków pierwszy prof. Jurasz, b. asystent prof. Duscha w Heidelbergu, próbował siły wykrztuśnéj apomorfinu i spostrzeżenia swoje w *Centralblatt für med. Wissenschaft* w r. 1875 ogłosił. Aczkolwiek Pieniążek w Przeglądzie Lekarskim z r. 1875 nic stanowczego o własności wykrztuśnéj apomorfinu nie podaje a Paszkowski także w Przeglądzie Lekarskim tylko nieco późniéj potwierdzając jego działanie wymiotne wyraźnie nadmienia, że apomorfin jako lek wykrztuśny nie ma wielkiéj przyszłości, toć jednakże z przyczyny, iż dziatki nie chętnie zażywają tak przetwory amonowe jak i kwas będźwinowy, a to dla nieprzyjemnéj ich woni, tudzież że powyższe środki wykrztuśne przez dłuższy czas używane, psują niekiedy trawienie, przedsięwziąłem jeszcze w zeszłym roku szereg doświadczeń z chlorkiem apomorfinu.

W ogóle leczyłem tym środkiem 35 chorych: z tych 20 na zapalenie płuc nieżytowe, 8 na zapalenie płuc dławcowe, a 7 na ostry nieżyt oskrzeli, przepisując oseskom 0,01, dorosłym 0.04—0.05 na 200.0 przekroplonéj wody, z dodaniem nieco kwasu solnego celem wstrzymania wytwarzania się zielonkowatéj barwy, polecając zażywać dzieciom co 2 godz. po łyżeczce od kawy, dorosłym po łyżce stołowéj. Wiedząc już z doświadczeń Harnacka i Paszkowskiego, że apomorfin naprzód podnieca ruchy mięśni a potém je poraża, i obawiając się po dawkach chlorku apomorfinu niesprowadzających wymiotów pojawienia się osłabienia układu mięśniowego, starałem się zawczasu odpowiedniemi dawkami dobrego wina przeszkodzić wystąpieniu okresu porażenia. Przy powyższym sposobie używania chlorku apomorfinu, już zwykle po użyciu kilku, rzadziéj kilkunastu łyżeczek, prawie za każdorazowym kaszlem nagromadzony śluz w oskrzelach począł się wydalać obficiéj a ułatwiając przystęp powietrzu do płuc wpływał korzystnie nietylko na sprawę oddychania, lecz także i pośrednio na odżywienie całego ustroju. Mimo pilnego leczenia nie dostrzegłem ani razu jakiegoś nieprzyjemnego przypadu, jak: nudności, wymiotów, odbijania lub osłabienia, chociaż nieraz środek ten tygodniami podawano. Niechcąc nużyć uwagi opisywaniem wszystkich przypadów w szczególności, ograniczę się w téj mierze do 5ciu, które, jak sądzę, wystarczą do nabrania należytego wyobrażenia o skuteczności chlorku apomorfinu.

P r z y p a d e k I. Artur Harnwolf, $1\frac{1}{2}$ roku, z Tarnowa cierpiał na nieżytowe zapalenie obu płuc, obok gorączki z ciepłotą w 3cim tygodniu choroby dochodzącą do 39.7°C., liczbą oddechów do 60 a tętna do 132 na minutę. Stan tego chorego, który mimo licznych drobnobańkowatych rzężeń w obu płucach, nie mógł nic wykrztuszać, już po użyciu pierwszéj flaszeczki chlorku apomorfinu 0.02 na 100.0 wody, o tyle się poprawił, że przy kaszlu słyszeć można było obfite odrywanie się śluzu z oskrzeli, który chory połykał. I tak chłopczyk ów prawie bez nadziei życia wyżywszy w 16 dniach 10 flaszeczek a więc 0.20 chlorku apomorfinu wyzdrowiał zupełnie.

P r z y p a d e k II. Jakób Kowalski, lat 53, rodem ze Sławkowic, do szpitala tarnowskiego jako chory na obustronne zapalenie płuc przyjęty, znajdował się w bardzo opłakanym stanie. Obok dość rozległych ograniczonych stłumień w tylnych częściach obu płuc i licznych bardzo rzężeń tak z przodu jak i z tyłu klatki piersiowéj słyszeć się dających, ciepłota ciała wynosiła 39,0, liczba oddechów 36, tętna 118 na minutę. Twarz chorego była siną, a nogi do kolan mocno obrzmiałe, chociaż w moczu nie wykryto białka. Po wyżyciu 4ch flaszeczek rozczynu chlorku apomorfinu w stosunku 0.05 na 200.0 wody, stan chorego polepszył się widocznie, sinica i puchlina zaczęły ustępować a ilość plwocin dochodziła nieraz na dobę do $\frac{3}{4}$ litra, chory wyżywszy 17 takich dawek, ogółem 0.85 chlorku apomorfinu, opuścił szpital zupełnie wyleczony.

P r z y p a d e k III. Tomasz Stelmach, lat 66, z Zaczarnia, z tąż samą chorobą i prawie zupełnie w takim samym stanie jak chory poprzedni do szpitala przyjęty, po wyżyciu 0·60 chlorku apomorfinu w szesnastu dniach cieszy się już zupełnie dobrém zdrowiem.

P r z y p a d e k IV. Leon Weiss, prowizor handlu żelaznego w Tarnowie, w 3cim miesiącu choroby, która od zapalenia płuc rozpocząć się miała, zasięgnął mojéj rady. Był on już w stanie zgoła rozpaczliwym, wychudły do najwyższego stopnia, o rozpalonych policzkach, ciepłocie ciała 39·2, trapiony silnym bezdechem, nie mógł o własnych siłach ani jednego kroku zrobić przez pokój. Badanie narządów wewnętrznych wykazało: wypocinę zapalną w prawéj opłucnéj, sięgającą na 2 palce powyżéj dolnego kąta łopatki, tudzież obustronne nieżytowe zapalenie płuc. Dwanaście flaszek rozczynu chlorku apomorfinu w stosunku 0·07 na 300·0 wo-

dy i 30·0 syropu, obok pędzlowania prawéj strony klatki piersiowéj nastojem jodowym, przyczyniły się do tego, że po 5 tygodniach zapalenie płuc zupełnie ustąpiło, a chory mimo pozostałych jeszcze niejakich śladów wypociny w prawéj opłucnéj, przybrawszy znacznie na ciele, odbywa już dziś znaczne przechadzki o własnych siłach. Tu także nadmienić należy, że ilość plwocin dochodziła nieraz dziennie do 2ch głębokich talerzy, oraz, że w połowie leczenia, skoro tylko choremu zabrakło chlorku apomorfinu, wykrztuszanie śluzu zmniejszyło się bardzo znacznie, kaszel stawał się męczącym a bezdech znów się potęgował.

Przypadek V. Agata Pastyka, 1 rok licząca, przyjęta do szpitala jako chora na odrę i zapalenie płuc nieżytowe, obok sinicy na twarzy, licznych rzężeń w obu płucach, znacznie gorączkująca, wyżywszy 4 flaszeczki chlorku apomorfinu z dawką 0·02 na 100·0 wody w 16 dniach jako zupełnie zdrowa opuściła szpital.

Ponieważ nie ulega wątpliwości, że możność wykrztuszania plwocin z oskrzeli zależy od kurczliwości mięśni gładkich otaczających oskrzele a pod wpływem nerwu współczulnego zostających, z uwagi zatém, że podając chlorek apomorfinu w takich tylko razach, gdzie siła wykrztuszania skutkiem porażenia mięśni oskrzelowych jest niedostateczną, w obec pewności, że środek ten w tak małéj ilości i to łącznie z kwasem solnym używany, nie zwiększa alkaliczności krwi a dostawszy się do gruczołów śluzowych oskrzeli nie rozrzedza śluzu, jak to czynią alkalija, że wreszcie ilekroć apomorfin odstawiono, pomimo popijania wina znacznie zmniejszało się wykrztuszanie, zdaje się rzeczą pewną, że skuteczność jego w téj mierze jedynie wpływowi na kurczliwość mięśni gładkich przypisać należy. Można więc być przekonanym, że środek ten podawany w dawkach wyżéj przytoczonych przy równoczesném użyciu wina w odpowiedniéj ilości, dostawszy się do obiegu krwi działając na nerw współczulny podnieca ustawiczne kurczenie się mięśni gładkich i tym sposobem dzielnie wykrztuszania przysparza.

Jak w opisanych tu 5ciu tak w innych jeszcze 30tu przypadkach używałem chlorku apomorfinu zawsze z pomyślnym skutkiem. Jedyny wyjątek stanowi przypadek, który niestety dotknął własnego mego $1\frac{1}{2}$ rocznego syna. Zapalenie płuc towarzyszące u niego wyrzynaniu się ostatnich ząbków trzonowych, pomimo odpowiedniego wykrztuszania przy użyciu chlorku apomorfinu zająwszy stopniowo całe płuco lewe i dolną połowę prawego w 4 tygodniu choroby kres jego życiu położyło.

Z wyjątkiem tedy tego jednego przypadku na zasadzie 35 doświadczeń mam prawo twierdzenia stanowczo, że chlorek apomorfinu nie wpływa wprawdzie na obniżenie ciepłoty ciała i nie skraca przebiegu zapalenia płuc, przeciw czemu obok apomorfinu, także chininu i środków odwodzących do skóry jak: zimnych okładów, gorczyczników, baniek suchych, pędzlowań nastojem jodowym a nawet i pryszczydeł używać należy, wszelako właściwym sobie a wyżéj opisanym sposobem do leczenia dzielnie się przyczynia. A gdy prócz tego chlorek apomorfinu sprowadzony z fabryki Merka w użyciu bardzo jest przyjemny i od naparu wymiotnicy wcale nie droższy, uważam go zatém za jeden z najdzielniejszych środków wykrztuśnych i zachęcam szanownych Kolegów gorąco do dalszych z nim doświadczeń.

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. Talma (w Utrechcie): **Przyczynek do nauki o perkusyi.**

Nie rozstrzygnięto do dziś zasadniczo pytania, od czego zależy odgłos, jaki słyszymy przy opukiwaniu prawidłowéj klatki piersiowéj po nad płucem zdrowém? Przedewszystkiém udowadnia Talma, że odgłos wypukowy nie może zależeć od drgań powietrza zawartego wewnątrz płuc. Pochodzi to ztąd, że w ogóle nie można wywołać stojących fal w powietrzu objętém błoną sprężysto napiętą. W resonatorze błoniastym sprężysto napiętym przez ruchy rozciągliwéj ściany maximum ucisku wewnętrznego musi ulegać obniżeniu, minimum zaś podwyższeniu. W miarę wzrastającego napięcia powietrza ściana w odpowiedniéj mierze podaje się obniżając owo napięcie powietrza; w miarę zaś zmniejszania się napięcia powietrza naprężona ściana się ściąga podwyższając napięcie powietrza. Dla tego téż odgłos otrzymany przy opukiwaniu gumowego np. balonu nie ulega zmianie co do swéj wysokości w miarę zwiększającéj się objętości balonu skutkiem coraz silniejszego nadymania go powietrzem. Tego samego dowodzi również spostrzeżenie, że dwa równe balony o równém napięciu ścian, z których jeden wypełniony jest powietrzem, drugi zaś wodą, zupełnie jednaki wydają odgłos wypukowy; gdyby zaś tenże odgłos zależał od drgań zawartych wewnątrz gazów, natenczas odgłos wypukowy balonu wypełnionego wodem musiałby być o 4 oktawy wyższym. Odgłos ten zatém zależy w błonach sprężysto napiętych jedynie od drgania ścian. Powyższe doświadczenia można powtórzyć również i z płucami, których tkanina w stanie prawidłowym jest również sprężysto napiętą.

Wykluczywszy w ten sposób drgania powietrza wewnątrz płuca jako przyczynę odgłosu wypukowego, Talma rozstrzyga daléj pytanie, czy takowy pochodzi od drgań klatki piersiowéj, lub od drgań tkanki płucnéj, lub może na powstanie jego składają się obydwa te czynniki. Otworzywszy jamę brzuszną, a nawet wyjąwszy zupełnie wątrobę ze zwlok przekonać się ława, ze mimo to t. zw. stłumienie wątroby bynajmniéj przez to nie ulega zmianie. Odgłos „jawny“ sięga tak daleko, jak daleko sięga brzeg płuca, gdzie zaś płuca nie ma, otrzymujemy odgłos „tępy.“ Z tego wynika, że odgłos wypukowy prawidłowéj klatki piersiowéj zależy prawie wyłącznie od drgań tkanki płucnéj, sama zaś ściana klatki piersiowéj wydaje odgłos tępy. Z tém się zgadza spostrzeżenie, że opukując przestwory międzyżebrowe otrzymujemy odgłos jawniejszy niż po nad samemi żebrami, gdyż te ostatnie przytłumiają drgania tkanki płucnéj.

Że t. zw. stłumienie wątroby bynajmniéj nie zależy od wątroby, łatwo pojąć. Siła, z jaką gruczoł ten naciska ścianę klatki piersiowéj równa się napięciu ściany brzusznéj mniéj siły, z jaką wątroba skutkiem swego ciężaru oddala się od ściany klatki piersiowéj. Według tego ucisk wywierany przez wątrobę na klatkę piersiową równać się musi mniéj więcéj zeru. To samo można powiedzieć o t. zw. „stłumieniu serca.“ Aby Magendiemu okazać wartość perkusyi, opukiwał Piorry na zwłokach granice stłumienia sercowego. Gdy otwarto klatkę piersiową okazało się, że serca nie było. Magendie wyjął je pokryjomu przed perkusyją. Według tego, co się wyżéj rzekło, nie trudno nam zrozumieć zawód Piorrego a tryjumf Magendiego.

Jak ważną jest sama tkanina płucna dla powstawa-

nia odgłosu wypukowego, udowadnia również następujące doświadczenie: Po otwarciu i wypróżnieniu jamy brzusznéj oraz po podwiązaniu tchawicy otwiera się jednę z jam opłucnych przez nacięcie przepony. Jak tylko otworzywszy tchawicę wypuścimy tyle powietrza z płuca, że takowe nie dotyka ścian klatki piersiowéj, odgłos wypukowy staje się zaraz tępym; przybliżając zaś płuca do ściany otrzymujemy odgłos jawny. Przyciskając płuco do ściany a zarazem wypuszczając z niego powietrze otrzymujemy dopóty odgłos niebębenkowy, dopóki tkanka płucna jest jeszcze w pewnéj mierze napięta; gdy zaś tkanka płucna przestaje być napiętą, odgłos staje się bębenkowym.

Co się tyczy odgłosu wypukowego żołądka i jelit, dowodzi Talma, że jeżeli ich ściany nie są napięte, odgłos bębenkowy zależy od drgań powietrza w nich zawartego. Tak jest w stanie prawidłowym. Odgłos zaś bębenkowy i znacznie mniéj jawny, jaki otrzymujemy przy silnie napiętych ścianach żołądka lub jelit, zależy od drgań samych ścian. (*Ztschr. f. kl. Med.* III. 1). *Dr. S. Smoleński.*

Nothnagel: **Symptomatologija wrzodów w kiszkach.**

Tak w jelitach jakoteż w kiszkach grubych często znachodzą się wrzody nieżytowe lub gruźlicze, których nie możemy rozpoznać za życia dla braku objawów wszelkich; w tyfusie nieraz wrzody tylko dla tego rozpoznajemy, że nas doświadczenie o obecności ich przekonywa. Do rozpoznania pomagają nam następujące przypady: rozwolnienie, obecność krwi, ropy i strzępków w odchodach, bóle i zapalenie otrzewnéj. Nothnagel rozbiera poszczególne przypady, czy one stałym są objawem wrzodów i w jakich warunkach ich może brakować. Mylném jest dawniejsze mniemanie, że wrzody w jakiémkolwiek miejscu jelit lub kiszek usadowione podniecają ruch robaczkowy i wzniecają rozwolnienie. Ruch robaczkowy jelit kończy się u zastawki Bauhina, ztąd też wrzody do jelit się ograniczające rozwolnienia nie wywołują. Rozwolnienie prawie stale w tyfusie się znachodzące jest skutkiem nie owrzodzenia, ale zakażenia, jak to już Cohnheim podniósł. Rozwolnienie natomiast zawsze towarzyszy wrzodom w kiszce odchodowéj i w części zstępującéj kiszki grubéj (w dysenteryi); przy wrzodach w kiszce ślepéj i części wstępującéj kiszki grubéj często niema rozwolnienia. Krwi zazwyczaj niema w odchodach przy nieżycie lub gruźlicy kiszek, częściéj znachodzi się w tyfusie a zawsze w dysenteryi. Z krwi w stolcach można przeto wnosić o obecności wrzodów z wielkiém prawdopodobieństwem. Krwotoki z innych przyczyn, aniżeli z wrzodów pochodzące autor pomija. Ropa, która zawsze się pojawia w wydzielinie nieżytowéj innych błon śluzowych, nigdy nie znachodzi się w stolcach w nieżycie kiszek. Ropa w stolcach znajduje się tylko przy obecności wrzodów; jest przeto ważnym objawem rozpoznawczym. Przy owrzodzeniach większych mianowicie w dysenteryi pojawiają się zarazem strzępki nekrotyczne. Ból przy wrzodach jest objawem bardzo niestałym i nic nie ma charakterystycznego. Zapalenie ograniczone otrzewnéj popiera rozpoznanie; przypady przedziurawienia kiszek czynią je pewném. (*Volkmanns Samml. klin. Vortr.* 200). *Dr. Bogdanik.*

Ernest Börner (w Gracu): **O włókniakach macicy podotrzewnowych.**

W monografii 25 stronnic in 8vo obejmującéj zbiera B. wszystko, co dziś o téj zmianie jest wiadomém, aby ściśléj określić rozpoznanie i ściślejsze dać wskazanie do ręko-czynu obecnie coraz częściéj używanego, mianowicie do laparotomii. W ogóle za główne w téj pracy wziął sobie autor zadanie przedstawić, jak potrzebném jest rozróżnienie dokładne, o ile i w jaki sposób nowotwór jest w łączności z macicą, aby według tego ułożyć sobie *ordre de bataille*, dalszy plan leczniczy, operacyjny.

W skrzętnie bardzo zebranéj literaturze powołuje się w spisie obrazu klinicznego na K. Brauna, Gusserowa, Nélatona, Spiegelberga, Duncana i innych. W części operacyjnéj przytacza Péana, Simsa, Köberlego, Thomasa.

Część kliniczna nader wyczerpująco opisana daje bardzo jasny pogląd na tę sprawę chorobową; zajmujące są opisy przypadków, w których włókniaki macicy przez ucisk na moczowody lub cewkę moczową wywołują hydronefrozę, uremię lub zatrzymanie moczu w męcherzu, przez ucisk na odbytnicę, trudności w oddawaniu kału aż do zupełnego zamknięcia odbytnicy. (Nélaton, Broca, Moers). Opisuje powstawanie zatorów w żyłach (mianowicie miednicowéj) skutkiem téj sprawy chorobowéj i wspomina o zdarzających się zboczeniach skutkiem ucisku na nerwy dochodzących aż do porażenia odnóg dolnych.

Co do krwotoków, to słusznie twierdzi, że te są najczęściéj skutkiem włókniaków macicy śródmiąższowych, przy podotrzewnowych zaś i bardzo rzadko i nie w tym stopniu zwykły występować. Boleści zwiększają się od zewnątrz na wewnątrz macicy i są odmiennemi, tj. największe przy włókniakach podśluzowych i głównie występują w czasie miesiączkowania; mniejsze boleści są przy śródmiąższowych, a najmniejsze, od miesiączki nie zależne, do zadraźnienia otrzewnéj podobne boleści zdarzają się czasem przy włókniakach podotrzewnowych.

Z rzadszych przypadów przytacza B. *Ascites*, *Peritonitis*, *Dyspnoë*, *Sterilitas*, *Eclampsia* i *Hysteroepilepsia*. Przypomina, że według K. Brauna może powstać *Haematometra*, *Phlegmatometra*, *Pyometra* w ten sposób, że w skutek asymetrycznego ciężaru jednéj ściany macicy ta się ugina i sprawia zaklęknięcia i zgięcia w kanale macicznym, co do jego niedrożności i wyżéj opisanych skutków téjże prowadzi. Zmiany te są jednak zazwyczaj następstwem włókniaków śródmacicznych lub podśluzowych.

W wniosku zrobionym z opisu choroby bardzo pięknie i obszernie przeprowadzonego podaje autor wskazanie do laparotomii w następujący sposób:

a) przy włókniakach śródmiąższowych w skutek grożnych krwotoków, ciężkich objawów ucisku i bezdechu. *b)* Przy włókniakach podotrzewnowych w skutek *Ascites*, *Peritonitis*, *Sterilitas*, ciężkich objawów ucisku i bezdechu.

Następuje część terapeutyczna, operacyjna. Autor przytacza 3 zestawienia statystyczne, tj. 17 przypadków z 12ma razami zejścia śmiertelnego opisanych przez Gusserowa, 20 przypadków opisanych przez Köberlego również z tuzinem śmiertelnych zejść i wreszcie opisuje sam 12 przypadków operowanych przez Kaltenbacha, Spencer Wellsa, Thorntona, W. H. Maysa, Gaillarda, Thomasa, Karola Rokitanskiego, Fehlinga, Schückinga, Kleinwächtera i siebie, z których żaden nie skończył się śmiercią.

Ponieważ w pierwszych dwu statystykach pomięszane są przypadki włókniaków śródmacicznych, podotrzewnowych i torbielowłókniaków, w trzeciéj zaś statystyce podane operacyje samych włókniaków podotrzewnowych (uszypułkowanych), w oczy więc bije różnica obu form tak w przebiegu jak w rokowaniu. Słusznie zatém autor przychodzi do wnio-

sku, że koniecznie trzeba ściśle rozróżniać formy włókniaków i ich usadowienie i łączność z macicą, zwłaszcza w statystykach operacyjnych, gdyż i obraz kliniczny i wskazanie i rezultaty operacyjne są różne.

W dalszym ciągu opisuje dokładnie Börner przypadek przez siebie operowany. Bezdech męczący skłonił chorą do żądania operacyi. Rozpoznano: *fibroma uteri subserosum*. Laparotomia. Podstawa obrzęku 4 cm. szeroka na dnie macicy. Podwiązanie drutem i wszycie tej szypułki w ranę brzuszną. Operacyja według metody antyseptycznej prócz sprayu. Przebieg zamącony wypociną w tkance podśluzowej miednicy; po 6 tygodniach zupełne wyzdrowienie. Po $4^1/_2$ miesiącach przedstawiona okazuje łączność dna macicy z blizną brzuszną i ma się całkiem dobrze. Później donosi chora, że „lejkowate zagłębienie blizny poprzednio istniejące wyrównało się, jakby macica się od blizny odłączyła.“ B. rzeczywiście to samo przypuszcza odnosząc się do znanych przypadków podobnych, opisanych przez Pawlika (*Wien. med. Woch.* 1880 Nr. 17) i Mangiagallego, w których także następowe oderwanie się macicy od blizny brzusznej stwierdzono.

Następowe prawidłowe ciąże i porody u owaryjotomowanych z wszyciem szypułki w ranę brzuszną uważa autor za wskazówkę, że proces taki dość często musi się wydarzać.

Cała monografija pięknie przeprowadzona, bogata w trafne uwagi wyczerpuje odnośną literaturę i jakkolwiek jest ona zestawieniem wszystkiego, co znajduje się w najlepszych dziełach o tej sprawie, ma niezaprzeczenie już w tem samém wielką zasługę, a jest równocześnie jasnym i obszernym, zajmującym opisem ważnej bardzo dla ginekologa kwestyi. (*Volkmanns klin. Vortr.* Nr. 202). *Dr. Kohn.*

E. Hofmann, Kratter, Ludwig: **O tłuszczowosku.**

Od czasu, gdy Fourcroy i Thouret w r. 1786 po raz pierwszy opisali tłuszczowosk, spierano się tak co do częstości jego pojawienia się, jakoteż co do warunków i sposobu, w jaki powstaje. Wspomnieni dwaj lekarze francuscy rozporządzali ogromnym materyjałem, albowiem pracę swoją oparli na obserwacyi 20,000 trupów, wykopanych na cmentarzu des Innocents w Paryżu. Lekarze późniejsi zwracali uwagę swoją na tę zmianę pośmiertną, korzystając z każdego przypadku ekshumacyi zwłok, zwłaszcza śród przenoszenia trupów z jednego cmentarza na inny, lub z jednych grobów do innych. Lecz jak z jednej strony potrzeba korzystnych warunków, aby właśnie lekarze, mający zamiłowanie do przedmiotu wcale nie ponętnego, asystowali przenoszeniu zwłok, tak z drugiej przekonano się z czasem, że nie zawsze przy ekshumacyjach z tłuszczowoskiem spotykać się można, i że tworzenie się onego zależy od gruntu, w którym ciała spoczywają. Nie ulega wątpliwości, że w pewnych miejscowościach zdarza się bardzo często i w wielkiej obfitości: lekarze francuscy, a później Küchenmeister podali, że grubarze gdzieniegdzie posługują się tłuszczowoskiem zamiast oleju do świecenia, do robienia szwarcu, że go nawet sprzedają aptekarzom zamiast zwykłego tłuszczu do maści, a Ludwig opowiada, że do aptekarza w Freudenthal, w Szląsku austryjackim, grubarze ze wsi okolicznych przynosili po kilka i kilkanaście kilogramów tłuszczowosku pod nazwą „Spermacetu“. Natomiast są okolice, w których tłuszczowosk jest zjawiskiem rzadkiém (a do nich zdaje się i nasza należeć, ponieważ pomimo licznych ekshumacyj nader rzadko na zmydlenie ciała natrafialiśmy. *Sprawozd.*); a jeżeli w nowszych czasach znaleziono i opisano proces zmydlenia się ciał na cmentarzu Śgo Piotra w Gracu (Kratter), w kilku cmentarzach w Saksonii (Reinhard), oraz we wspomnianej wyżej miejscowości szląskiej (Ludwig), to właściwe opisy te, odnoszące się do poszczególnych miejscowości, dowodzą, że proces w mowie będący nie jest zbyt częsty. Wszyscy nadto lekarze, o tym przedmiocie piszący, kładą nacisk na okoliczność, że grunt, w którym ciała zmydlone znaleźli, był gliniastym i wilgotnym, tak dalece, że na jednym i tym samym cmentarzu tam, gdzie grunt był suchym i dziurkowatym, nie napotkano tłuszczowosku, a znaleziono go tam, gdzie był wilgotnym. Wreszcie Hofmann znalazł zmydlenie u dwóch trupów, które przez dłuższy czas leżały we wodzie. Z tego wynika, że saponifikacyja ciał zdarza się głównie tam, gdzie powietrze atmosferyczne bardzo utrudniony ma przystęp, a więc, jeżeli zwłoki znajdują się w medyjum płynném albo wprawdzie w stałém, ale nie dziurkowatém, w ogóle, jeżeli ciało pozostaje w warunkach, niesprzyjających prawidłowemu rozpadowi. Ztąd też słusznem jest orzeczenie Krattera: że cmentarze, w których tłuszczowosk się tworzy, nie odpowiadają swemu przeznaczeniu higijenicznemu i są wstrętnemi pod względem estetycznym.

Badania chemiczne wykazały, że tłuszczowosk składa się albo z tych samych kwasów tłuszczowych, które istnieją w tłuszczach neutralnych ustroju zwierzęcego, albo z mydeł amonijakalnych, względnie wapniowych, tychże kwasów tłuszczowych. Jest on zewnętrznie ciemno-brunatnym (zanieczyszczony istotami humusowemi), wewnątrz zaś biało-żółty, dość twardy i kruchy; staje się miękkim przy mierném ogrzewaniu a topnieje całkiem przy wyższej ciepłocie, rozpuszcza się także w eterze i wyskoku gorącym; tylko mydła wapniowe są nierozpuszczalne w wyskoku. Pod względem kwestyi, z jakiego materyjału i jaką drogą chemiczną tworzy się tłuszczowosk, dotychczas różnią się pomiędzy sobą badacze. Jedni, a na ich czele Orfila, Wetherill, Gorup-Besanez, Hoppe-Seyler, Nencki twierdzą, że powstaje on z tłuszczów neutralnych i że istota białkowata rozmaitych tkanin wcale udziału nie bierze w jego powstawaniu. Do obozu tego przyłączył się w ostatnim czasie i prof. E. Hofmann we Wiedniu, który jeszcze przed kilku laty w rozprawie swojej (*Die forensisch wichtigsten Leichenerscheinungen*), z której podaliśmy obszerniejszą sprawę w Przegl. Lek. z r. 1877 (Nr. 29), przeciwnego był zdania. Natomiast w ostatniej odnośnej rozprawie: *Zwei aus dem Wasser gezogene menschliche Skelette* (*W. med. Woch.* 1879, Nr. 5—7) stanowczo staje po stronie wyżej wspomnionych badaczy. Nie podajemy tu treści tej ostatniej rozprawki, ponieważ ją czytelnik znajdzie w Przegl. Lek. z r. 1879 (Nr. 14).

(Dokończenie nastąpi).

Wiadomości pomniejsze.

Dr. Fr. Kobes: **Zastosowanie lecznicze kwasu sklerotynowego.** Kwas sklerotynowy jest proszkiem jasno-brunatnym, chciwie przyciągającym wilgoć; rozpuszczony we wodzie podobny jest do wyciągu mięsnego. Rzeczony kwas otrzymuje się ze sporyszu (4—4·5%) i stanowi właśnie jego skuteczny składnik. Doświadczenia Kobesa w klinice prof. Moslera czynione zgodne są z doświadczeniami Stumpfa. Wstrzyknięcie podskórne 0·10 kwasu sklerotynowego tamuje krwotoki części płciowych niewie-

ścich, daléj krwotoki z przewodu pokarmowego, z nerek i pęcherza, mniéj skutecznêm jest w krwotokach płucnych. Czasem potrzeba było do usunięcia krwotoków pięciu wstrzyknięć. Lek ten wewnętrznie użyty nie tak bardzo jest skutecznym. Stroną ujemną jest ból dość znaczny, zazwyczaj 10 godzin trwający. Nacieków i ropni, z którcmi dość często miał do walczenia Stumpf, uniknął Kobes przez przyłożenie płatka napojonego oliwą karbolową w miejscu ukłucia a na to worka lodowego. Rozczyn użyty do wstrzyknięć trzeba zawsze świeżo przygotować, bo już po upływie 48 godzin się psuje. (*Wiener med. Blätter* 1881, Nr. 35 i 36).

Dr. Bogdanik.

W ostrym nieżycie przewodu pokarmowego oseskòw zaleca Dr. Epstein odstawienie od piersi i żywienie białkiem kurzego jaja, które się kłóci z połową litra przegotowanéj wody. Płyn przecedzony należy trzymać w zimnie. Odpowiednią ilość ogrzewa się nieco przed podaniem go dzieciom. Ten sposób żywienia powinien być wyłącznym aż do ustąpienia choroby. (*Wiener med. Blätter* 1881, Nr. 36). *Dr. Bogdanik.*

(A. K.) Dr. Allan Lane Hamilton **leczy padaczkę fosforanem srebra trójzasadowym,** i stawia ten lek wyżéj aniżeli azotan srebra. Oprócz padaczki fosforan srebra trójzasadowy okazał się skutecznym w ostrawych zapaleniach rdzenia ze zboczeniami czynności pęcherza i prostnicy, oraz przeciw stwardnieniu tylnych sznurów rdzenia. Autor podaje fosforan srebrowy po 2—3 centygramów dziennie, i nie spostrzegał ciemnego zabarwienia skóry, lub zaburzeń trawienia; lek ten najlepiéj podawać w glicerynie. (*Gazette des Hôpitaux* 13 września 1881 r.)

(L. B.) Zeller: **Morderstwo popełnione w szale zadumowym.** Dziewczyna 20-letnia przedtêm nieposzlakowana spółkowała z dwoma mężczyznami i zaszedłszy w ciążę porodziła w domu rodzicielskim. W 14 dni po porodzie, po wyrzutach uczynionych jéj przez matkę, udała się do swéj izby, porwała dziecko i za pomocą zwykłego noża odcięła mu głowę a zwłoki przez okno wyrzuciła na ulicę. Matka wszedłszy do izby widziała, jak córka po spełnieniu morderstwa usiłowała odebrać sobie życie za pomocą tego samego noża, i zdołała zapobiedz samobójstwu. Morderczyni popadła natychmiast w szał, który trwał godzinę, poczêm dopiero zdołano ją uspokoić i położyć do łóżka. Odtąd leżała bez przytomności i w tym stanie znaleźli ją lekarze sądowi dnia następnego. Dziewczyna osłupiała ze zamkniętemi oczyma leżała bez czucia i świadomości i nie oddziaływała ani na wodę zimną ani na wosk roztopiony, którym lekarze sądowi skrapiali jéj klatkę piersiową (!). Mimo to ostatni podejrzywali symulacyję, a gdy w 2 dni późniéj odzyskała przytomność, przeniesioną została do szpitala, gdzie natychmiast przed Siostrą Miłosierdzia przyznała się do symulacyi i wkrótce potêm okazała się zdrową tak pod względem cielesnym, jak umysłowym. Na pytanie Sądu, ażali czyn okropny popełniony został w stanie własnowolnym, lekarze sądowi odpowiedzieli wprawdzie twierdząco, jednak z prawdopodobieństwem przypuścili wybuch silnego afektu. W skutek tego orzeczenia Sąd zarządził rozprawę przed przysięgłymi, zarazem atoli przesłał obwinioną do zakładu dla obłąkanych w Winnenthal celem obserwacyi. Dyrektor tego zakładu Dr. Zeller, znany psychijatryk, orzekł, że własnowolność obwinionéj śród popełnienia czynu była wykluczoną; przypuszcza on zadumę, która bardzo ostro, w przeciągu 8 dni, przebiegała, a która rozpoczęła się od objawów nieznacznych a przy danéj sposobności przeszła w szał zadumowy (*raptus melancholicus*) godzinę trwający, poczêm nastąpił okres osłabienia, podobny do osłupienia.—Kolegijum lekarskie, od którego Sąd zażądał następnie orzeczenia, w zupełności podzielało zdanie Zellera, dodając, że okres choroby jest tak charakterystyczny, iż trudno przypuścić, aby prosta dziewczyna wiejska posiadała taki talent naśladowczy i takie doświadczenie psychijatryczne, iżby zdołała symulować. — W rozprawie głównéj obwiniona przez przysięgłych została uwolnioną. (*Centralbl. f. Nervenheilk.* 1881, Nr. 18).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie VII z dnia 6go kwietnia 1881 r.

Przewodniczący kol. Jordan. Członków obecnych 30.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. Obaliński opierając się na własném doświadczeniu z trypolitem zalecanym ostatniemi czasy do opasek zamiast gipsu podaje, że trypolit o tyle jest lepszy, że się opiera wilgoci, z powodu jednakże swéj twardości bardzo trudno odejmować opaski, do których go użyto; czy trypolit jest tańszym, tego nie można powiedzieć, gdyż gatunkowo wydaje się od gipsu lżejszym, ale gdy kilogram gipsu kosztuje 13 ct. kilogrm. sproszkowanego trypolitu kosztuje 40 ct. Następnie podaje tenże swoje spostrzeżenia co do zakładania przyrządów z masy porroplastycznej, t. zw. pilśni, w skrzywieniach stosu kręgowego. W dyskusyi zabierają głos koledzy: Kułakowski, Schramm i sprawozdawca.

3) Kol. Przewodniczący poleca prośbę wdowy po lekarzu K. do uwzględnienia; ponieważ jednak zmarły nie był członkiem naszego Towarzystwa, ograniczono się do dobrowolnéj składki na posiedzeniu i zebrano 50 fl.

4) Kol. Gluziński miał odczyt „O zapaleniu opon mózgordzeniowych“ (umieszczony w Przegl. Lek.) W dyskusyi nad tym przedmiotem zabrał głos kol. prof. Domański: nie podziela twierdzenia kol. prelegenta, jakoby epidemija ta była u nas po raz pierwszy w r. 1874; niewątpliwie ukazała się ona wcześniéj, lecz dopiero w r. 1874 dokładniéj ją obserwowano; do przemawiającego zgłaszali się chorzy jeszcze w r. 1871, którzy wnosząc z opowiadania przebyli zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych nagminne; chorzy ci przychodzili o poradę z powodu bardzo znacznego upośledzenia słuchu lub zupełnéj jego utraty a niepodobne było u tych chorych przypuścić zapalenia opon gruźliczego, bo to kończy się zawsze śmiercią. Dowiedział się kol. prof. Domański od tych chorych, że choroba ich przebiegała ze wszystkiemi symptomatami znanemi zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych nagminnego, nadto że w tych miejscowościach nieraz wiele ludzi zapadało na podobną chorobę. Takie rozpoznanie wprawdzie nie ma pretensyi do zupełnéj ścisłości, lecz w obec tych wywiadów trudno przypuszczać inną chorobę; możnaby myśleć o zapaleniu błędnika (*labyrinthitis*), lecz choroba ta jest nader rzadką, występuje nie epidemicznie, a według niektórych spostrzeżeń anatomicznych łączy się z zapaleniem opon mózgowych. W przewodzie słuchowym wymienionych chorych po przebytêm zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych znachodził mówiący po większéj części błonę bębenkową prawidłową, która nie miała jednak tego wejrzenia, jak u ludzi zdrowych, u których wygląda gładko, tak że robi wrażenie żywéj tkaniny, gdy tymczasem u tych chorych błona była ćmą jakby przypruszoną, co prawdopodobnie zostaje w związku ze zmianami anatomicznemi w samêm uchu. — Kol. Warschauer jest również tego zdania, iż z tego, że w r. 1874 były pierwsze wiadomości o nagminnêm zapaleniu opon mózgowych, nie można wnosić, że choroby téj wcześniéj już u nas nie było. W swoim artykule o téj chorobie wspomniał już kol. Warschauer, że przed 7 laty wydarzyło się kilka przypadków w Chrzanowie, z których jeden odzyskał zdrowie, w innym znowu mimo, że chory wyzdrowiał, utracił wzrok i słuch; przypadki głuchoty obserwował kol. Warschauer bardzo często między latami 1871 a 1874. Co się tyczy gorączki powrotnéj, wykazał w pomienionéj rozprawce mówiący, że była już u nas w r. 1847 i 1848, w tenczas kiedy na Szląsku panowała pod nazwą duru głodowego; u nas nazwano ją *febris biliosa*. Z tego, że jest podobieństwo do zimnicy, można powiedzieć, że te choroby należą do jednego rodzaju, lecz stanowią osobny gatunek choroby, czyli że dla każdéj z tych chorób inne będą prątki. Co się tyczy wstępnych przypadłości zapalenia opon mózgowordzeniowych na-

gminnego, to wszystkie przypadki, które obserwował kol. Warschauer, występowały nagle bez żadnych zwiastunów; nieraz dzieci wśród zabawy padały jakby gromem rażone; dalej wspomina kol. Warschauer o jednéj choréj, która w połogu dostała dwukrotnego napadu omawianéj choroby, z któréj jednak wyszła. Co się tyczy leczenia, to próbowano już bardzo wielu środków i to bezskutecznie a w przypadkach przepuszczających, gdzie była śledziona powiększoną, gdzie zatém podejrzywano zimnicę, i chinin zawodził. Trudno daléj powiedzieć coś stanowczego o zaraźliwości téj choroby, gdyż epidemije są bardzo rzadkie; w Chrzanowie było bowiem wszystkiego 20 przypadków, w Krakowie 6 do 8 a w Podgórzu 5 do 6; nie można również stanowczo twierdzić, aby złe życie wpływało na szerzenie się téj choroby; mimo to zdaje się, że jest przenośną; zdarzył się bowiem taki przypadek, że z pewnéj miejscowości wymaszerowało wojsko; wkrótce po przybyciu na nowe miejsce zachorował jeden żołnierz na zapalenie nagminne opon mózgowordzeniowych i umarł; na pogrzeb tego żołnierza przybyła siostra jego znów z innéj okolicy, a powróciwszy z pogrzebu do domu zapadła na tę samę chorobę i umarła. Daléj zwraca mówiący uwagę na jeden szczegół, że choroba ta nawiedza najczęściéj plemię izraelickie. — Kol. Pisek: Szereg obserwacyj przez prelegenta cytowany zawiera między innemi także niezwykły a przez swą komplikacyję ważny przypadek. Mam tu na myśli zapalenie rdzenia pacierzowego, wśród i obok zmian cechujących nagminne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych. Jest to komplikacyja nader rzadka; w ostatnich téż latach ściślejsze makro- i mikroskopowe badanie anatomiczne zapalenia opon wykazały, że we wszystkich przypadkach, gdzie choroba z większém nieco przebiega nasileniem, znachodzą się zmiany powierzchownych części rdzenia kręgowego (*Myelitis peripherica*), których wszelako nie rozpoznajemy. Przy sposobności niech mi wolno będzie nadmienić, że i mózg niemniéj ulega zmianom przy wzmiankowanéj chorobie opon. Niestety posiadamy w tym kierunku tylko kliniczne wskazówki. W ostatnim, przed kilkoma dniami rozesłanym tomie roczników berlińskiéj Charité, opisuje jeden z lekarzy objawy porażenia ogniskowe niewątpliwie cechujące zmiany w miąższu mózgowym, które wystąpiły wśród zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych i przetrwały tę chorobę o kilka miesięcy; chory dotyczący wyzdrowiał. W tym przypadku przypuszczano ropień. Widać tedy, że tak rdzeń kręgowy jak niemniéj i mózg mogą wspólnie cierpieć przy zapaleniu nagminném opon mózgowo-rdzeniowych i że zmiany narządów tych są w związku przyczynowym ze zmianami zapalnemi opon. W przypadku cytowanym przez prelegenta w ogólnych tylko zarysach nie małéj byłoby wagi dowiedzieć się, czy istniały jakieś objawy za życia pozwalające na pewne lub przynajmniéj z prawdopodobieństwem rozpoznać się dające głębsze cierpienie rdzenia kręgowego. Drugą kwestyją nasuwającą się mimowoli jest kwestyja infekcyjności czyli raczéj stanowiska w systemie nozologicznym, jakie zająć ma zapalenie t. zw. nagminne opon mózgowo-rdzeniowych. Przemawiający zapytuje się prelegenta, czy w przypadkach przezeń przytoczonych da się wykazać ściślejszy jakiś związek między rozległością zmian anatomicznych w oponach a objawami za życia spostrzeganemi. Rażący bowiem niestosunek tak często napotykany jest właśnie dla nas jednym z tych momentów, która nas skłaniają do zaliczania przerzeczonéj choroby do rzędu chorób ogólnych a nie miejscowych. Przypadki, które za życia odznaczały się niezwykle groźnemi objawami, tak iżbyśmy mieli prawo spodziewać się, że na stole sekcyjnym znajdziemy wybitne, rozległe zmiany opon, przypadki takie przedstawiają nieraz bardzo nieznaczne zmiany, tak nieznaczne, że tylko przypuszczenie ogólnéj infekcyi organizmu jakimś jadem musi nam być pomocném w takich razach. Często ten napotykany niestosunek już dawniéj zwrócił był uwagę naszego Dietla, owego znakomitego patologa mózgu; tłumaczył on te przypadki jako przedwcześnie śmiercią zakończone, zanim mogło przyjść do złożenia wypociny w znaczniejszéj ilości; wszakże i zapalenie płuc dziś już wielu uznaje za chorobę ogólną nie miejscową, za chorobę, przy któréj nieraz mamy sposobność przekonać się, że do wytłumaczenia groźnych ogólnych objawów za życia, nie mamy w tymże samym stosunku zmian po śmierci rozległych. Niemniéj dla duru brzusznego przytacza Litten w ostatnim tomie berlińskich roczników Charité kilka przypadków, gdzie wynik oględzin pośmiertnych w rażącéj był sprzeczności z okresem duru, dającym się z niezwykłą ścisłością oznaczyć. Są to okoliczności usprawiedliwiające właśnie przypuszczenie jakiegoś jadu w chorym ustroju krążącego, wywołującego ów rozległy zbiór objawów, a między innemi w drugim dopiero rzędzie sprawiającego te zboczenia anatomiczne, które przy odnośnych chorobach zazwyczaj napotykamy, a które nam wszystkich objawów tłumaczyć nie mogą. Gdyby tedy i w przypadkach przez prelegenta cytowanych dało się wykazać, że między nasileniem objawów, rozległością przypadów obserwowanych za życia a rozległością zmian anatomicznych przy sekcyi wykazanych ścisłego związku nie ma lub, że istnieje wybitny niestosunek, moglibyśmy i ten szereg przypadków uważać za nowy dowód, że zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych jest chorobą ogólną a nie miejscową.

Kol. Kułakowski opierając się na przypadkach obserwowanych w szpitalu św. Ludwika, podaje że choroba ta rozpoczynała się w dwóch przypadkach od dreszczów i drgawek, w jednym znów od zupełnéj utraty przytomności, w któréj utrzymywał się przez 48 godzin, poczém wystąpił napad drgawek ogólnych. W jednym z tych przypadków choroba trwała 4 tygodnie, w innym znów w 8 tygodniu gorączka dochodziła najwyżéj 40·5 Cels, we wszystkich przypadkach był *opisthotonus* i *herpes labialis*, a w jednym zajęcie stawów; infekcyi jednakże nie zauważano.

Kol. prof. Domański twierdzi, że jeżeli jakaś choroba występuje typicznie, to z ego nie można wnosić, że ma podstawę w zimnicy, i tak np typicznie występuje nieraz migrena, bóle nocne głowy w przebiegu kiły a przecież choroby te nie mają nic wspólnego ze zimnicą; tak znów na odwrót skuteczność chininu nie dowodzi jeszcze zakażenia zimniczego. Co się tyczy niestosunku, jaki zachodzi między zmianami anatomicznemi na stole sekcyjnym spostrzeganemi a objawami za życia, to przecież nie jedna może być zmiana anatomiczna, która się przed naszemi oczyma ukrywa; w układzie nerwowym inne jeszcze okoliczności mają znaczenie: tu od siedziby zmian anatomicznych zależą objawy za życia spostrzegane; i tak wiemy, że w miarę tego im bliżéj mózgu przetniemy rdzeń pacierzowy, tém znaczniejsze będą na obwodzie objawy; otóż to jest powód, dlaczego zachodzi teraz taki niestosunek między zmianami anatomicznemi a objawami za życia spostrzeganemi; mówiący zauważył w nędznych wilgotnych pomieszkaniach, że choroba, o któréj mowa, pojawia się przeważnie, nie podziela jednak twierdzenia kol. Warschauera, jakoby izraelici częściéj na nią zapadali. Kol. Pisek w odpowiedzi kol. prof. Domańskiemu nadmienia, iż nie twierdził, jakoby anatomija patologiczna na wszelkie pytania kliniczne odpowiedzieć była w stanie; faktem bowiem jest niezaprzeczonym, że istnieje cały szereg chorób zwłaszcza układu nerwowego, w którym anatomija patologiczna zgoła nic nie ma do powiedzenia. Dlatego nie wiemy, czy mamy do czynienia z chorobami ogólnemi lub miejscowemi. W przypadkach, o których przed tém była mowa, chodziło przedewszystkiém o stwierdzenie niestosunku objawów i zmian ściśle i zawsze zresztą występujących, niestosunku, któryby nas, jak we wielu innych przypadkach, uprawniał do tém śmielszego i pewniejszego twierdzenia, że mamy przed sobą nie miejscową lecz ogólną chorobę. — Kol. Głuziński tłumaczy pomyłkę w podaniu daty pierwszego wystąpienia choroby brakiem odpowiednich wskazówek; w podręcznych bowiem notatkach znalazł prelegent r. 1874 jako pierwszy, w którym zanotowano tę chorobę. Co do stosunku zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych epidemicznego do zimnicy, to prelegent tych dwóch chorób nie identyfikuje ze sobą; powinowactwo ich o tyle sięga, że odpowiednio do ostatnich badań zdaje się, ze warunki powstawania ich są mniéj więcéj wspólne, tj. że obydwa przyrzuty powstają w miejscach bagnistych, są od siebie jednak zupełnie różne i różne téż objawy chorobowe wywołują. Co do niestosunku między zmianami anatomicznemi na stole sekcyjnym znalezionemi a objawami za życia spostrzeganemi, to podniósł go prelegent na początku swéj rozprawki, gdy mówił o formie ostréj; niestosunek ten, mówi tenże daléj, nieraz rażący w chorobach zakaźnych, może tém większego dosięgnąć stopnia, gdy zmiany chorobowe nagabują ośrodki nerwowe; wszak tu bardzo drobne zmiany, czy to w molekularnym układzie zwojów czy w krążeniu krwi, mogą wywołać wcale pokaźne objawy, których przyczyny na stole sekcyjnym wykazać niemożemy.

O zaraźliwości przerzeczonéj choroby powiedzieć można, że jakkolwiek niektóre przypadki zdawałyby się, że za nią przemawiają, jak np. opowiedziany przez kol. Warschauera, lub kilka, które prelegent przytacza, są one jednak nadzwyczaj rzadkie a nieraz naciągane, tak że ogólne zdanie autorów przechyla się na stronę niezaraźliwości téj choroby.

Dr. Stanisław Balicki, sekretarz.

V. Srodki lecznicze używane obecnie w Kissingen.

Według własnych spostrzeżeń
opisał Dr. W. Jaworski.

Nie wiele jest zdrojowisk, w którychby tak różnorodne były nagromadzone środki lecznicze a tém samém i zakres wskazanych chorób do leczenia tak obszerny, jak w Kissingen. Przyroda uposażyła tę miejscowość głównie tylko we dwa środki lecznicze: solankę żelezistą i kw. węglowy, reszty dopełniła sztuka.

Jako wody zdrojowe używane są źródła: Rakoczy, Pandur, Maksbrunnen, dwie solanki, ług pokrystaliczny solanek i sztucznie z niéj otrzymywana woda gorzka. Najwięcéj w użyciu jest źródło Rakoczego, solanka ze źródła Schönborn i woda gorzka. Skład ich chemiczny jest następujący, biorąc ilość składników na jeden litr cieczy w gramach podług rozbioru J. Liebiga.

Składniki	Rakoczy	Schönborn (solanka)	Woda gorzka
	C = 10.8°C.	C = 19.2°C.	
Kw. węglowego	*1·305*cm.sz.	*·903*cm.sz.	*184·3*cm sz.
Chlorku potasu	0.2869	—	—
„ sodu	*5.8220*	*9·5071*	*7.9557*
„ litu	0.0200	00159	—
Bromku sodu	0.0083	—	—
Azotanu sodowego	0.0093	—	—
Węglanu wapniowego	1.0609	1.4243	0.0147
Fosforanu „	0 0056	0.0030	—
Siarkanu „	0.3893	0.2941	1.3464
Chlorku magnowego	0.3037	0.0258	3.9336
Węglanu „	0.0170	0.0732	0.5199
Siarkanu „	0.5883	1.1562	5.1432
Węglanu żelazowego	0.0315	0.0269	—
Bezwodnika krzemowego	0.0129	0.0134	—
Chlorku amonu	0.0009	0.0259	0.0029
Bromku magnowego	—	0.0090	0.1139
Siarkanu sodowego	—	—	*6.0546*
„ potasowego	—	0,4188	0.1983
Ilość składników stałych razem	8.5563	12·9954	25 2957

Źródło Pandur ma mniéj więcéj ten sam skład co i Rakoczy, gdyż 7.960 części stałych w jednym litrze, lecz więcéj kw. węglowego, bo 1505cm.sz. Źródło Maksbrunnen posiada już o wiele mniéj składników stałych, bo tylko 3.0132, a w tém 2.3162 soli kuchennéj i 873cm.sz. kw. węglowego. Jako składniki lecznicze w tych wodach należy uważać chlorek sodu, węglan żelazowy i kw. węglowy. Główne ich działanie polega na podnieceniu odnowy, zjędrnieniu tkanek, jako też na przyspieszeniu wypróżnienia przewodu pokarmowego. To ostatnie trudniéj ze składu chemicznego wytłumaczyć, gdyż woda niezawiera soli glauberskiéj, tylko małą ilość siarkanu magnowego i niewiele stosunkowo soli kuchennéj, a po użyciu czasem jednéj, a zwykle dwóch szklanek, t. j. pół litra téj wody, następuje wypróżnienie barwy ciemno-zielonkowatéj, świadczące o obecności żelaza i znacznéj ilości barwiku żółciowego w stolcach. Użycie większéj ilości wody, jakoteż przeczekanie 1—2 godzin po wypiciu przerywa wypróżnienia, tak że całe działanie zdaje się tylko ograniczać do chwilowo przyśpieszonego ruchu robaczkowego jelit. To swoiste działanie przypisują tutejsi lekarze składnikom wody, które w niéj w bardzo małéj ilości przyrządem widmowym wykryto, jakoto: rubidu, cezytu, baru i strontu. Niema jednak tak bezpodstawnéj, homeopatom schlebiającéj hipotezy nad tę ku memu zdziwieniu przez wszystkich lekarzy wyznawaną, że przy trwałém zaparciu stolca sprawia użycie zdroju Rakoczego rozwolnienie a przy trwałém rozwolnieniu zaparcie i to jako niezawodny (!) środek. Także jako szczególniejsze działanie lecznicze tutejszéj wody i to między wszystkiemi podobnemi wodami mineralnemi tylko jéj właściwe z powodu znaczniejszego zasobu węglanu żelazawego w połączeniu ze solą kuchenną, uważają tutejsi lekarze poprawę odżywienia i zwiększanie się ciężaru ciała przy używaniu stosownéj ilości wody. Najświetniejsze wyniki terapeutyczne otrzymują tutaj w następujących stanach chorobowych, polegających przeważnie na tle nieżytowém: *pharyngitis chron.*, *dyspepsia et gastritis chron.*, *atonia intestinorum et coprostasis*, *catarrh. intestinorum chron.*, *plethora abdominalis*, *adiposis univers.*, *hyperaemia hepatis*, *catarrh. cystidis felleae*, *hysteria*, *hypochondria*, *nervositas univers.*, *rheumatismus chronic.*, *ischias*, *anaemia*, *chlorosis*, *scrophulosis*, *rhachitis*, *alcoholismus chron.*, *vaginitis*, *endometritis et metritis chron.*, *exsudatum para- et perimetriticum*.

Przeważne zastosowanie ma woda ze zdroju Rakoczego, którą przepisują w najmniejszéj ilości po 2 kubki = 0.5 litra, w największéj 5 kubków rano do wypicia. Pacyjenci zwykle tę wodę ogrzewają od 20—30° przez co pozbawiają ją znacznéj ilości kw. węglowego, a szczególnie węglanu żelazawego, którego cała ilość pozostaje na dnie szklanki w postaci osadu rdzawego. Wypicie jednego kubka wody ze zdroju Rakoczego na noc polecają także często. Chorym ze znaczną atoniją przewodu pokarmowego tak żołądka jakoteż i jelit polecają picie solanki w ilości 1—2 kubków, którą się również najczęściéj przed użyciem ogrzewa. W cierpieniach żołądka i krtani używają do przepłukiwania solanki ogrzanéj lub zimnéj W przypadkach zaparcia stolca bardzo uporczywego dodają do wody ze zdroju Rakoczego wody gorzkiéj. Chorym wrażliwym polecają mięszać wodę zdrojową ze żętycą wrzącą; najczęściéj zaś tacy chorzy piją wodę ze zdroju Pandur na wpół ze żętycą tyrolską. Jeszcze wrażliwsze osoby używają wody ze źródła Maksbrunnen także ze żętycą. Wody z tego źródła używa wiele osób za napój poobiedni z winem lub bez tegoż, gdyż ma smak przyjemny szczawy. Osoby blednicze i niedokrewne piją wodę jednego z powyższych zdrojów zmięszaną na wpół z wodą żelezistą źródła w Boklet, oddalonego ztąd o dwie godziny drogi.

Wdychiwania urządzone w zakładzie królewskim „Saliny“ są dwojakiego rodzaju. Jedne osobne dla każdego zapomocą zwykłych rozpylaczy; drugie wspólne na galeryjach około bardzo obszernéj tężni, w któréj solanka, spadając na płoty cierniste, ulatnia się i powietrze nasyca solą kuchenną i ozonem. Kąpiele tutaj używane są albo gazowe albo ciekłe. Gazem jest tu kwas węglowy, wydobywający się w znacznéj ilości ze źródła solankowego (*Soolensprudel*) w salinach i rurami do zbiorników wprowadzany, a ztąd do kąpieli gazowych, które są albo całkowite, gdzie kąpiący

się otoczony w skrzyni worem kauczukowym tylko głowę ma wolną albo częściowe na oczy, uszy, odnogi, gdzie tylko dotyczące części umieszczone są w oprawie kauczukowéj i wystawione na działanie kw. węglowego. Do kąpieli ciekłych każą używać solanki jednoprocentowéj, odznaczającéj się znacznym zasobem kw. węglowego, któréj to okoliczności przypisują szczególny skutek. Do przyrządzania kąpieli solankowych nie ogrzewa się saméj solanki, lecz do wanny wypełnionéj zimną solanką wprowadza się parę wodną w celu podniesienia ciepłoty do 24—28°R. Kąpiel ta działa po pierwszém użyciu bardzo podniecająco; całe ciało okrywa się bańkami kw. węglowego, następuje uczucie szczypania w skórze, podniesienie ciepłoty i obniżenie tętna, skóra czerwienieje. Po dłuższym pobycie w kąpieli następuje rodzaj przemijającego odurzenia. Dla zwiększenia ilości chlorków dodają tu do kąpieli kilka litrów ługu pokrystalicznego solanki, zawierającego 36% chlorków, którego używają także do okładów wysychających w gośćcu i nieżycie trzew brzusznych. Solanki używają tutaj także w postaci natrysków tak zimnych jako też i ciepłych, jak również do kąpiel tak zwanych falistych (*Wellenbäder*), w których przez wprowadzenie mocnego strumienia solanki od dołu do góry wanny powstają fale, mające sprawiać skutek kąpieli morskich. W ten sposób zastosowana kąpiel solankowa działa mocno podrażniająco na otrętwiałe osoby, a osłabiająco na wrażliwe.

(Dokończenie nastąpi.)

VI. Zjazd Stowarzyszenia ochrony zdrowia publicznego w Wiedniu.

I.

Po zagajeniu i ukonstytuowaniu się zebrania, o czém w liście zeszłotygodniowym wspomniałem, przystąpiono na pierwszém posiedzeniu do rozpraw nad sprawą cmentarzy. Referentami byli prof. Hoffmann z Lipska i radca lekarski Siegel, lekarz powiatowy z Lipska. Pierwszy z nich postawił następujące dwie tezy: 1) Szkody dla zdrowia przypisywane cmentarzom w przeważnéj liczbie przypadków nie są udowodnione. 2) Istotnego zagrożenia zdrowia przez cmentarze należy się obawiać jedynie przy bardzo niestosownym wyborze gruntu i przy nie odpowiedniém używaniu cmentarzy, którego wady dadzą się usunąć. Referent drugi zwrócił uwagę na różne przepisy, jakie co do cmentarzy w różnych krajach istnieją, mianowicie co do oddalenia budynków mieszkalnych od cmentarzy jak również pod względem rotacyi, tj. czasu, po upływie którego na jedném i tém samém miejscu cmentarza powtórnie się grzebie. Na uzasadnienie postawionych tez przytoczył prof. Hoffmann, że obawy, jakie w wielu razach wzbudza zakładanie cmentarzy w pobliżu miejscowości zamieszkałych są przesadne; szkodliwość zaś wyziewów trupich odnosić wypada do okoliczności, iż kwas węglowy gromadzący się w grobach przepełnionych jest nie przydatny do oddychania. Coś podobnego obserwować jednak można także w kopalniach. Również nie uzasadnioném jest twierdzenie, że woda gruntowa i ziemia w pobliżu grobów bywają zanieczyszczone, bo ma to tylko miejsce tam, gdzie woda od spodu dostaje się do trumien i unosi istoty gnilne. Należy więc przy zakładaniu cmentarzy zwrócić na to uwagę, aby woda gruntowa nigdy od spodu nie zbliżała się do dna grobu na mniéj niż 1½ metra. Nigdy nie obserwowano, aby choroby epidemiczne więcéj w pobliżu cmentarzy panowały, dla tego mniemanie, jakoby przyrzuty np. duru i cholery unosiły się z grobów, nie ma podstawy.

Za przyjęciem tez powyższych przemawiali Dr. Fuhrmann z Berlina i Rozszahegyi z Pesztu, przeciw nim zaś Dr. Witlacil i Karajan obaj z Wiednia, którzy sądzili, że w obec zapatrywań wśród publiczności panujących tezy są za nadto ściśle sformułowane i że dla tego należy odroczyć głosowanie. Prof. Hoffmann oświadczył, że nie myślał, aby nad jego tezami miało się głosowanie odbywać, bo w tak teoretycznych kwestyjach głosowanie uważa za nieodpowiednie, pragnął tylko, aby nad tezami odbyła się dyskusyja mogąca dać Władzom cenne wskazówki, których w danym razie wypada się trzymać.

Drugim przedmiotem, który rozbierano na pierwszém posiedzeniu, była sprawa używania i nadużywania wyskoku. Referenci prof. Dr. Binz z Bony i radzca sanitarny Bär z Berlina podali cały szereg tez, odnoszących się do skutków pijaństwa i sposobów, jakich się celem ograniczenia tegoż chwycić powinny państwo i społeczeństwo. W wykładzie swym przedstawił Binz szkodliwe skutki nadmiernego użycia wyskoku pod względem fizyjologicznym, przytoczył natomiast, że w przypadkach chorób, gdy ustrój nie może przyjmować innego pożywienia lub w okolicach północnych w czasie wielkiego zimna i wilgoci, dla ciężko pracujących robotników wypada zalecać wyskok w jakiejkolwiek postaci jako konieczny środek pożywienia a pojmować go jako środek ochraniający ustrój ludzki. Współreferent Dr. Bär skreślił szkodliwe skutki opilstwa i uwydatnił konieczność, aby państwo i społeczeństwo dążyły do pokonania tego złego coraz większe rozmiary przybierającego.

Nad tezami przez referentów przedstawionemi nie głosowano, przewodniczący doniósł jedynie, że staraniem prezydyjum będzie zasady w nich wygłoszone za pośrednictwem druku jak najbardziéj rozpowszechnić.

Na drugiem posiedzeniu, które się odbyło dnia następnego 15 września, zajmowano się jedynie sprawą kanalizacyi. Najpierw Doc. Soyka z Monachijum a następnie Rozszahegyi z Pesztu mieli wykłady o gazach kanałowych jako środkach szerzenia się epidemij i o kierunkach i sile prądu powietrza w kanałach. W sprawie tak spornéj, pod względem któréj tyle panuje różnych zapatrywań, nie postawili oni żadnych tez, mimo to wywody ich wywołały żywą dyskusyję, w któréj wzięło udział wielu na tém polu znanych higijenistów jak prof. Pettenkoffer, inżynijer Lindley z Frankfurtu n/M., Lissauer z Gdańska itd.

Dr. Soyka podał w wykładzie swym przegląd badań i spostrzeżeń dotychczas poczynionych co do wpływu, jaki mają gazy kanałowe na szerzenie się chorób zakaźnych. Doświadczenie nauczyło, że w miastach często dawniéj przez dur nawiedzanych, jak Hamburg, Gdańsk, Frankfurt, Monachijum, po zaprowadzeniu kanalizacyi nastało znaczne zmniejszenie się epidemij duru. Nie ma z drugiéj strony na to dowodu, aby w pobliżu miejsc, w których gazy kanałowe czuć się dają, szczególniéj rozwijał się dur lub błonica. Referent doszedł do wniosków: 1) Nie ma dowodu, aby istniał związek między gazami kanałowemi a szerzeniem się chorób epidemicznych; 2) dotychczasowe badania dozwalają nawet w większéj części przypadków wnosić, że choroby epidemiczne szerzą się niezależnie od gazów kanałowych.

Dr. Rozszahegyi mówił o ruchu gazów w kanałach i zakończył wykład następnemi wnioskami: 1) Ruch

powietrza w kanałach zależy od wielu mniejszych czynników zawisłych od czasu i miejsca a różnych co do siły tak, że mogą prądy w różnych kierunkach powstawać. 2) W Monachijum spostrzeżono jako ogólny wynik, że w lecie w porze suchéj gazy kanałowe w pochyłych kanałach nie wznoszą się do góry, ale przeważnie dążą ku dołowi, równocześnie jednak starają się wydostać na ulice i do domów. 3) Wypada zapobiegać o ile można wydostawaniu się gazów kanałowych na ulice i do domów. 4) Prąd ku dołowi skierowany sprzyja rozcieńczeniu gazów kanałowych i nie dopuszcza. aby gazy dostawały się do powietrza, którém ludzie oddychają, — należy się więc starać, aby prąd miał stale i dość silnie ten kierunek.

Docent Renk z Monachijum okazał następnie przyrządy do szczelnego zamykania syfonów i wychodków wodnych celem zapobieżenia przedostawaniu się gazów z kanałów do domów. Doświadczenia, jakie Renk wykonał, wzbudziły żywe zainteresowanie się wśród obecnych. Soyka i Rozszahegyi bronili jeszcze swych zapatrywań w obec zarzutów, które im poczyniono, — a dla spóźnionéj pory musiano na dzień następny odroczyć wykłady proff. Nowaka i Vogla o fałszowaniu mąki. *Dr. K. Grabowski.*

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

*** Sprawozdanie Departamentu V Wydziału krajowego** (Ref. **Dr. Hoszard**).

(Dokończenie. Patrz Nr. 38).

Szpitale prowincyjonalne. Oprócz zakładów leczniczych we Lwowie, Krakowie i Kulparkowie, które wysoki Sejm uznał zakładami krajowemi, znajdują się w kraju naszym trzy powiatowe szpitale powszechne (w Podhajcach, w Sokalu i w Złoczowie) i 20 gminnych. Powiatowe zakłady są administrowane przez Wydziały powiatowe, gminne zaś przez Zwierzchności gminne. Wydziałowi krajowemu przyznaje ustawa (z dnia 12 grudnie 1869 r. Dz. u. kr. z r. 1870. Część II. Nr. 8) tylko kierunek i nadzór pod względem administracyjnym i ekonomicznym, a to ze względu na udział funduszu krajowego w opędzaniu kosztów pielęgnowania chorych ubogich. Z tego tytułu wydał Wydział krajowy instrukcyję dla zarządów szpitalnych, jak gospodarować należy. Z tego tytułu bada Wydział krajowy rok rocznie zamknięcia rachunkowe z roku ubiegłego i zatwierdza budżety na rok następny, przyczém wykreśla stanowczo wszelkie wydatki, które nie są usprawiedliwione nieodzowną koniecznością, tudzież udziela wskazówek i poleceń, gdzie tego zajdzie potrzeba. Właściwa jednak administracyja pozostaje w ręku Zwierzchności gminnéj, lub Wydziału powiatowego. Kontrolę zaś wykonywa Wydział krajowy przez inspektora szpitali, który przy corocznych swych inspekcyjach bada istotne potrzeby szpitali i sprawdza, czy i o ile nasze zarządzenia bywają wykonywane. Otóż przeważna część władz administrujących szpitalami wywiązuje się ze swego zadania dobrze i z pożytkiem dla funduszu krajowego. Celują w tym: Rzeszów, Przemyśl, Wadowice i Biała. W dwóch szpitalach pozostaje wiele do życzenia. Doszło nawet do tego, że zwierzchność miasta Sambora nie chcąc stósować się do naszych poleceń i opierając się zniżeniu taksy usiłowała zrzucić z siebie obowiązek zarządzania szpitalem, i w tym celu wniosła prośbę, ażeby Wydział krajowy objął na siebie miejscową administracyję szpitala tamtejszego. Prośby téj nie uwzględniliśmy, jako przeciwnéj obowiązującym ustawom, lecz zawezwaliśmy Wydział powiatowy tamtejszy, żeby na mocy §§. 98 i 102 ustawy gminnéj zniewolił zwierzchność gminną do wykonywania naszych poleceń a jéj obowiązków. — Skutek był zadowalający.

* * *

Podawszy ważniejsze ustępy sprawozdania Departamentu V Wydziału krajowego nadmieniamy jeszcze, że do sprawozdania tego dołączone są alegaty niektóre ważne, jak np. okólnik z d. 27 lipca 1880 r. do zwierzchności gminnych i wydziałów powiatowych, odnoszący się do ograniczyć się mającego przyjmowania chorych do szpitali; odezwa c. k. Namiestnictwa z d. 4 lutego 1881 r. do Wydziału krajowego, krytykująca uchwały sejmowe w sprawie zwinięcia filij zakładu dla obłąkanych w Przemyślu i Żółkwi i w sprawie ograniczenia przyjęcia chorych do szpitali krajowych; do téj odezwy załączony jest memoryjał Rady zdrowia krajowéj z d. 4 stycznia rb., podpisany przez Dra Czyżewicza; wreszcie odezwa Wydziału krajowego z d. 15 lutego rb. do c. k. Namiestnictwa, dowodząca, że tak uchwały sejmowe przerzeczone, jako i rozporządzenie Wydziału z d. 27 lipca 1880 r. są zgodne z przepisami obowiązującemi.

Statystyka epidemij. W tygodniu 35 (do 27 sierpnia) ospa utrzymywała się w jednakowém nasileniu. W szpitalach leczyło się 613, świeżo zapadło 107, umarło 36. W Paryżu umarło 12, w Saragosie 9, w Wiednin 11, w Budapeszcie 8, w Petersburgu 5. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 14. W miastach hiszpańskich dur osutkowy częściéj się pojawiał. Z biegunki rzadziéj wymierały dzieci, również i z czerwonki. W tygodniu 36 (do 3 września) umarło w Krakowie: 1 z ospy, 1 z odry, 2 z płonicy, 4 z błonicy, 9 z czerwonki, 1 z róży, a doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku płonicy, 3 krztuśca, 7 duru osutkowego, 9 czerwonki.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 34 (do 27 sierpnia) umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 30,2; we Lwowie 24,0; w Poznaniu 45,1; w Wiedniu 24,0; w Budapeszcie 40,3; w Pradze 30,3; w Tryjeście 28,0; w Berlinie 27,8; w Wrocławiu 43,0; w Gdańsku 26,0; w Munichowie 38,0; w Dreźnie 26,4; w Lipsku 24,0; w Bazylei 21,8; w Brukseli 21,8; w Amsterdamie 23,0; w Hadze 24,7; w Paryżu 24,7; w Londynie 18,3; w Kopenhadze 19,2; w Stokholmie 22,9; w Chrystyjanii 14,3; w Petersburgu 42,7; w Odesie 41,4; w Rzymie 20,5; w Bukareszcie 24,2; w Madrycie 46,6; w Aleksandryi 41,2; w Nowym Jorku 41,7; w Filadelfii 29,1; w Bombayu 36,8; w Madrasie 33,7. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 22 września. Śród pięknéj pogody rozpoczął się d. 18 bm. 54ty Zjazd lekarzy i przyrodników niemieckich w Salzburgu. Przewodniczyli referent spraw lekarskich prof. Güntner i prof. położnictwa Kuhn; ze znakomitości naukowych obecni byli: Pettenkofer, Klebs, Arlt, Albert, fizyk Mach; z lekarzy naszych udali się na Zjazd Drowie Warschauer, Ściborowski i Wiszniewski. W niedzielę o godzinie 9 rano odbyło się pierwsze ogólne posiedzenie w pięknie przystrojonéj auli pouniwersyteckiéj. Zagaił posiedzenie prof. Güntner podnosząc znaczenie historyczne Salzburga, jego grunt klasyczny i okoliczność, że w nim spoczywają zwłoki Teofrasta Paracelsa. Następnie namiestnik Hr. Thun-Hohenstein w imieniu rządu, a burmistrz Biebl w imieniu miasta powitali zgromadzonych; wreszcie prof. Pettenkofer miał wykład „o gruncie i związku jego ze zdrowiem człowieka.“

* Časopis lekarův českých w ostatnim numerze (38) ogłasza następujące pismo w języku polskim: „Członkowie komitetu gospodarczego IIIgo Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie składają na odbudowanie teatru czeskiego w Pradze 100 zła. i proszą przyjąć tę kwotę jako dowód szczeréj życzliwości dla zawsze miłych nam Czechów, których żywotność i ofiarność wzbudza u nas szacunek i podziwienie. Docent Dr. Jordan, przewodniczący, Dr. Jan Rosner, sekretarz.“

Rozumie się samo przez się, co zresztą z pisma powyższego jasno wynika, że na ofiarę dla teatru czeskiego złożyli się prywatnie członkowie Komitetu gospodarczego.

* Według nadesłanych nam wykazów w Cieplicach czeskich do dnia 14 bm. bawiło gości 9999.

* **Lwów.** Na wczorajszém posiedzeniu Sejmu poseł Hausner ponowił wniosek względem założenia Wydziału lekarskiego przy Uniwersytecie lwowskim.

* **Wiedeń.** Nie tylko katedra anatomii patologicznéj nie została obsadzoną dotychczas, ale podobnego losu dozna i opróżniona po Sigmundzie klinika chorób syfilitycznych. Anatomię

patologiczną przez całe półrocze zimowe zastępczo wykładać będzie docent Chiari; co do następstwa po Sigmundzie zaś ważą się ciągle losy pomiędzy proff. Neumannem a Auspitzem; tymczasowo kierować ma kliniką i przez półrocze zimowe prof. Zeissl.

* **Budapeszt.** W skutek zaproszenia ministra handlu Pasteur ma przybyć na 2 tygodnie do stolicy węgierskiéj.

* **Mianowania i odznaczenia.** Docent prywatny otyjatryi w Strassburgu, Dr. Kuhn, mianowany został profesorem nadzw.— Prof. Widerhofer we Wiedniu otrzymał krzyż komandorski serbskiego orderu Takowy.—Dr. Aureli Török, prof. w Klausenburgu, mianowany został profesorem antropologii w Budapeszcie.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 38: Perkowskiego: Przecięcie gałązek n. uszno skroniowego przeciw uporczywym nerwobólom w rozgałęzieniach n. szczękowego dolnego.—W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 38: Zaleskiego: O ile doświadczenia Bonneta i jego następców mają racyję bytu w obec spółczesnego stanu artropatologii; Gepnera: 10te sprawozdanie lek. z Instytutu oftalmicznego za rok 1880; Matlakowskiego: Obecne stanowisko metody Listerowskiéj (dok.)

Piśmiennictwo lekarskie. NEUMANN I. Atlas der Hautkrankheiten. 7 2 Tfln. in Chromolit. ausgeführt v. Dr. J. Heitzmann. Mit beschreib. Texte. 1 Lfg. Fol. Wien, Braumüller M. 10.

NOWAK J. Lehrbuch der Hygiene. Mit 175 Abbildgn. 4 Lfg gr. 8. Wien, Toeplitz und Deuticke. M. 2.

ORTH J. Cursus der normalen Histologie. 2 Aufl. M. 187 Holzschn. gr. 8. Berlin, Hirschwald. M. 8.

REAL-ENCYCLOPÄDIE der gesammten Heilkunde. Medicinisch-chirurg. Handwörterbuch f. prakt. Aerzte. Hrsg. v. Alb. Eulenburg. Mit zahlreichen Illustr. in Holzschn. 33—40 Hft. Lex 8. Wien, Urban et Schw. à M. 1. 50.

SCHEUERMANN S. Die persönliche Freiheit u. der Entwurfe eidgenössischen Seuchen- u. Impfzwangsgesetzes. 2 Aufl. gr. 8. Basel (Jenke). M. 50.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Ponieważ ciągle nadchodzą zamówienia na Dziennik III Zjazdu Lekarzy i Przyrodników polskich, a nakład Nru 2 tegoż Dziennika jest już zupełnie wyczerpany, innych zaś Nrów posiada Redakcyja także tylko nieznaczny zapas, przeto Wydział gospodarczy uchwalił wydać w m. październiku rb. drugie wydanie Dziennika III Zjazdu Lek. i przyr., jeżeli się znajdzie dostateczna liczba prenumeratorów.

Prenumerata na 2gie wydanie wynosi 2 złr. i przyjmuje ją po dzień 15 października rb. Administracyja Przeglądu Lekarskiego.

Zamówienia, które nadeszły po 26 lipca rb. nie mogły już być uwzględnione, zamawiających zanotowano więc jako prenumeratorów na drugie wydanie.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Ulica Podwale Nr. 84.

Expedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Boulv. Voltaire 180, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 1 października 1881. № 40. Rok XX.

I. O wycinaniu okręgowém kawałków jelita z następném zeszyciem obu odcinków. *(Enterorrhaphia)*.

Przez Dra Rydygiera.

Wykład kliniczny miany w streszczeniu na III Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie 1881 r.

Już przy badaniu kwestyi o wycinaniu zrakowaciałego odźwiernika zajmowały mnie niektóre kwestyje enterektomii, a tém żywiéj zainteresowała mnie cała ta sprawa, gdy miałem sposobność operowania 2 przypadków tego rodzaju.

Pierwszy przypadek podjęty celem usunięcia przetoki kałowéj opisałem w Przeglądzie Lekarskim i *Dt. Zeitschrift für Chir.*; zakończył on się zupełném wyzdrowieniem chorego. Jeszcze nie dawno temu przekonałem się naocznie, że wyzdrowienie jest trwałém.

Drugi przypadek po krótce opowiem: Chorą J. T., 58 lat liczącą przywieziono do méj kliniki prywatnéj z uwięzgniętą przepukliną udową lewą. Skóra pokrywająca przepuklinę zaczerwieniona, obrzękła; postanowiłem więc niezwłocznie przystąpić do operacyi krwawéj. Po otworzeniu worka przepuklinowego znalazłem pod znacznym pękiem przerosłéj sieci pętlę zgorzelinową, czarną, na niektórych miejscach szarawo zabarwioną. Zachodziło teraz pytanie, co uczynić wypada? Ze względu na podobne przypadki, szczęśliwie w ostatnich czasach operowane, postanowiłem wyciąć zgorzelinową pętlę jelita. Przy operacyi przestrzegałem ściśle wszelkich przepisów sposobu przeciwgnilnego. Najprzód podwiązaliśmy zwyrodniałą sieć w kilku odstępach i oddzieliliśmy. Następnie trzymając się przepisu Kochera, (*Zur Methode der Darm-Resection bei eingeklemmter gangränöser Hernie. Centr. f. Chir.* 1880, Nr. 29), żeby tylko w zdrowych częściach wycinać, wyciągnęliśmy znaczny kawał jelita, ale nie natrafiliśmy jeszcze na zupełnie zdrowe ściany. Mimo to postanowiliśmy w daném miejscu jelito przeciąć, gdyż i tak już wycięty kawał wynosił 54cm. Po powtórném obmyciu pola operacyjnego i wyciąć się mającéj pętli 5% ciepłym rozczynem kwasu karbolowego zaczęliśmy oddzielać śródjelicie od jelita, przecinając zawsze pomiędzy dwiema podwiązkami w niewielkich odstępach zakładanemi: praca ta zabrała nam nie mało czasu, zwłaszcza że śródjelicie było tłuste i przekrwione, Założyliśmy następnie nasze elastyczne uciskadła i blisko nich przecięliśmy ściany jelita. Światła przeciętych ścian były równe, więc po zrównaniu wystającéj błony śluzowéj z resztą ściany i po dokładném obmyciu 2% ciepłym karbolem przystąpiliśmy do zeszycia odcinków. Uciskadła zupełnie zamykały światło jelit, tak że ani kropla treści nie wypłynęła, a nadto zmniejszały nieco krwawienie z przeciętych ścian, które bez nich byłoby z pewnością daleko obfitsze z powodu znacznego przekrwienia. Szew jelitowy założyliśmy w odmienny od dotychczas używanych sposobów. Zamiast pierwszego rzędu szwu Czernego użyliśmy szwu kuśnierskiego: cienką igłą nawleczoną najcieńszym katgutem przebiliśmy tam, gdzie się śródjelicie przyczepia do jelita, przez błonę surowiczą i mięśniową wkłówając o 2—3mm. od brzegu rany, a wykłówając tuż przed błoną śluzową bez naruszenia jéj w samym brzegu. W ten sam sposób przekłóliśmy igłę przez drugi brzeg tylko w odwrotnym porządku. Zawiązaliśmy następnie węzełek tak, że nienawleczony koniec wystarczył jeszcze do zawiązania ostatniego węzełka po założeniu całego szwu. W podobny sposób wkłówaliśmy naokoło całéj objętości jelita, a doszedłszy do pierwszego węzełka przymocowaliśmy cały szew zawiązaniem drugiego i ostatniego węzełka. Wkłócia były o 3—4mm. od siebie oddalone. Do drugiego rzędu szwów użyliśmy szwu Lemberta katgutem założonego. Przyczyny, dla czego tego rodzaju szwu użyłem, a nie Czernego, podam poniżéj. Kilkoma szwami katgutowemi połączyliśmy blaszki śródjelicia. Po powtórném obmyciu zeszytéj pętli zapuściliśmy ją do jamy brzusznéj i zeszyliśmy ranę skórną aż do dolnego kąta, gdzie założono sączek. Nareszcie pokryliśmy ranę, udo i dolną

część żywota używanym zwykle u nas opatrunkiem przeciwgnilnym.

Zaraz w następnéj po operacyi nocy chora nie tak często wymiotowała, jak przed operacyją. W przeciągu dnia nastąpił po nalaniu wody do odbytnicy kilka razy rzadki, mocno cuchnący stolec. Mimo to gorączka się wzmagała, a wkrótce podniosła się aż do 40,1°C.; tętno słabe i bardzo przyspieszone; chora śpiąca i bezprzytomna, w 20 godzin po operacyi umarła.

Badanie zwłok zaraz po śmierci wykazało zapalenie otrzewnéj ogólne; szew trzymał zupełnie dobrze, jak i dziś jeszcze na preparacie przekonać się się możemy.

Taki pokrótce był nieszczęśliwy przebieg drugiego przypadku, kiedy pierwszy operowany celem wyleczenia przetoki kałowéj zakończył się szczęśliwie. Zdaniem mojém druga nasza chora umarła na zapalenie otrzewnéj już przed operacyją istniejące, gdyż perforacyję stanowczo wykluczyć możemy, a podczas operacyi nic z treści jelit nie wpłynęło do otrzewnéj, raz dla tego, że wykonaliśmy całą operacyję poza jamą brzuszną, a powtóre, że z jelit zamkniętych uciskadłami treści nic nie wypłynęło.

Celem zbadania niektórych wątpliwych kwestyj podjąłem szereg doświadczeń na psach, których opis podaję w I dodatku; a oprócz tego zestawiłem w II dodatku wszystkie przypadki téj operacyi, które tylko w literaturze znaleźć mogłem. Mimo że mi się udało zestawić np. 30 przypadków enterektomii przy zgorzeli uwięzgniętego jelita, a Jaffé w najnowszym wykładzie klinicznym zbioru Volkmanna wspomina tylko o 16, (7 wyleczonych, a 9 ze śmiertelném zejściem), mimo to jestem przekonany, że i moje zestawienie nie zawiera wszystkich przypadków; opuszczono w niém z pewnością dużo przypadków ze śmiertelném zejściem, które rzadko bywają ogłaszane. Nadto nie znalazłem w niektórych opisach i sprawozdaniach wiadomości o wszystkich ważniejszych kwestyjach; dla tego śmiałbym na tém tu miejscu wyrazić prośbę, żeby każdy opisujący swoje przypadki na przyszłość więcéj o tém raczył pamiętać.

Wyniki moich badań najlepiéj podam w toku opisu sposobu operowania i dla tego rozpoczynam od w s k a z a n i a.

Dotychczas podejmowano wycinanie kiszek z następujących przyczyn:

1) przy nieprawidłowym otworze odchodowym i przetoce kałowéj;

2) przy zgorzeli uwięzgniętego jelita;

3) przy złośliwych nowotworach jelita;

4) przy wyłuszczeniu guzów jamy brzusznéj zrośniętéj tak z jelitami, że ich nie można było rozłączyć (B i l l r o t h i M a d e l u n g) i przy zwężeniach jelit (K o e b e r l é)

Nie ulega wątpliwości, że zgorzel uwięzgniętego jelita była dotychczas najczęstszém wskazaniem do wycinania. Przekonywa nas o tém zestawienie: zdołałem odszukać 31 przypadków tego rodzaju, a tylko 18 operacyj podjętych z powodu pierwszego wskazania, 9 z trzeciego, 3 z czwartego.

Niestety, śmiertelność po operacyi przy zgorzeli uwięzgniętego jelita jest zastraszającą: z 31 przypadków zakończyło się śmiertelnie 21, a tylko 10 wyzdrowiało: śmiertelność wynosiła więc 67,7%. Z 10 owych przypadków szczęśliwie zakończonych były jeszcze 4 powikłane otworzeniem przetok kałowych podczas swego przebiegu. Nic dziwnego więc, że nawet tacy śmiali chirurgowie, jak B i l l r o t h (*Verhandl. d. Dt. Gesellschaft für Chir.* 1879, I, str. 85) i P é a n (*Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin*) a i J u i l l a r d (*Herniolaparotomie, resection de l'intestin, Revue médic. de la Suisse romande* 1881, Nr. 6 ref. w *Centrbl. für Chir.* 1881, Nr. 34), mimo że jego przypadek szczęśliwie się zakończył, nie uznają tego wskazania. Co do mnie, to nie śmiałbym jeszcze w téj kwestyi ostatecznie orzekać [1]. Przedewszystkiém potrzeba wybierać przypadki odpowiednie do operacyi, jak to Jaffé (l. c.) radzi: tam gdzie już rozpoznajemy ogólne zapalenie otrzewnéj, nie należy podejmować się operacyi. Przez wybór stósownych do operacyi przypadków, daléj przez wydoskonalenie sposobu operowania możemy się pomyślniejszych wyników po téj operacyi w przyszłości spodziewać. Nareszcie nie trzeba téż zapominać przy ocenianiu wielkiéj śmiertelności po téj operacyi, że na zgorzel uwięzgniętéj przepukliny i bez operacyi wielka liczba chorych umiera. Tylko wtenczas moglibyśmy pewny sąd sobie wyrobić, czy wycinać zgorzelinową pętlę lub zakładać nieprawidłowy otwór odchodowy, jeżelibyśmy mieli odpowiednio wielką statystykę wykazującą, ilu chorych z uwięzgniętą przepukliną zgorzelinową umiera bez operacyi a ilu po operacyi: gdzie większa śmiertelność, ten sposób nieodpowiedni.

Jak dobry organizm znosi dobrze wycięcie kawałka jelita, tego dowodzą moje doświadczenia na psach: żaden z nich nie zdechł po zwyczajném wycięciu, jeżeli z umysłu nie stworzyłem powikłań.

Uprawnienie reszty wspomnianych wskazań nieomal ogólnie jest uznane, nie potrzebujemy się więc nad niemi bliżéj rozwodzić. Przystępuję więc do opisu operacyi.

I. P r z y s p o s o b i e n i e d o o p e r a c y i. W przypadkach, gdzie przewód pokarmowy jest jeszcze drożnym, należy go przed operacyją dokładnie wypróżnić. Gdzie zaś temu niedrożność przeszkadza, wywołana bliznami lub nowotworem albo téż uwięzgnięciem, tam zachodzi pytanie, czyby nie należało w sposób sztuczny wypróżnienie umożebnić. Przy raku jelita założył B a u m (*Resection eines carcinomatösen Dickdarmstückes. Centr. f. Chir.* 1879, Nr. 11) otwór odchodowy nieprawidłowy, co mu posłużyło nietylko do wypróżnienia jelit, ale zarazem umożebniło dokładne rozpoznanie wielkości guza i jego zrośnięć. Sposób ten bardzo zaleca się podług mego zdania w podobnych przypadkach. Zwężenie jelit bliznami rzadko pewnie do tego stopnia dochodzi, żeby zupełnie zatrzymywało wypróżnienia stolcowe. Zresztą dopiero raz jeden posłużyło to wskazanie K o e b e r l é m u (*Résection de deux mètres d'intestin grêle, suivie de guérison. Bull. et mémoires de la Soc. de chir.* 1881, t. VII). do operacyi; nie założył on po wycięciu jelita szwu, tylko nieprawidłowy otwór odchodowy, który później wyleczył. Przy zgorzeli przepukliny uwięzgniętéj także nie możliwém jest poprzednie wypróżnienie jelit; można to uskutecznić dopiero podczas operacyi wypuszczając podług rady K o c h e r a treść jelita doprowadzającego do podtrzymanego naczynia, co atoli największéj ostrożności wymaga, aby nie zanieczyścić pola operacyjnego, lub co gorsza nie zakazić otrzewnéj. Znaczenie poprzedniego wypróżnienia przewodu pokarmowego mogłem téż stwierdzić na operowanych psach; te które żarły w dniu operacyi, bardziéj chorowały po wycięciu (np. Nr. 4 i 12).

Na zakończenie o przygotowaniu do operacyi wspomnę tylko jeszcze, że ścisłe przestrzeganie przepisów sposobu przeciwgnilnego jest koniecznem. Przy przetoce kałowéj

[1]) Podobnież wyrażali się koledzy obecni w Krakowie.

i nieprawidłowym otworze odchodowym należałoby nadto kilka dni przed operacyją pokryć pole operacyjne przykładką karbolową.

II. Przecięcie ścian brzusznych stosuje się do poszczególnych przypadków, dla tego nie można ogólnych prawideł podawać. Przy uwięzgniętéj przepuklinie poprzedza naturalnie zwyczajna operacyja przepukliny operacyję wycięcia jelita. O ważności operowania tylko w zdrowych ścianach wszyscy są teraz przekonani, jak Kocher (l. c.) na to zwrócił uwagę. On téż wskazał, że głównie w ścianach jelita doprowadzającego należy szukać zaburzeń w obiegu krwi w skutek nadmiernego rozszerzenia zatrzymanym kałem: z téj strony więc należy większy kawał jelita wycinać.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Z kliniki chirurgicznéj Prof. Billrotha w Wiedniu.

O użyciu jodoformu w leczeniu ran.

Skreślił Dr. Jan Mikulicz
asystent powyższéj kliniki i docent prywatny w Uniwersytecie wiedeńskim.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 39.)

b) Rany nadające się do zagojenia bezpośredniego. O sposobie postępowania z ranami tego rodzaju wspomniałem już poprzednio. Kładę zaś jeszcze raz na to nacisk, że aż do chwili założenia opatrunku skrupulatnie przestrzegamy i nadal powyż wspomnianych środków ostrożności przeciwgnilnych, których używaliśmy przed zaprowadzeniem opatrunku jodoformowego. Tylko opatrunek został zmienionym; składa się on obecnie zamiast z gazy Listerowskiéj z małego kawałka gazy jodoformowéj i kawałka waty odpowiedniéj ilości, przykrywanéj materyją nieprzemakalną. A tu znowu powtarzam, że miasto waty użyć można ku temu celowi także zwyczajnéj juty lub jakiegokolwiekbądź materyjału opatrunkowego niekoniecznie antyseptycznie przyprawionego, albowiem ów mały kawałek gazy jodoformowéj sam przez się wystarcza do celów opatrunku przeciwgnilnego.

W ciągu ostatnich czterech miesięcy, tj. od początku kwietnia do początku sierpnia, mieliśmy następujące przypadki, do niniejszéj grupy należące.

1) 6 wielkich amputacyj i wyłuszczeń (2 amputacyje na udzie, 3 na podudziu, 1 wyłuszczenie stawu według metody Lisfranca). Wszystkie te operacyje miały przebieg bezzgnilny i zagoiły się zupełnie *per primam* za 2wu lub 3krotną zmianą opatrunku.

2) 1 otwarcie stawu kolanowego z powodu myszek stawowych, zagojenie bezpośrednie.

3) 9 osteotomij; u wszystkich zagojenie bezpośrednie.

4) Wliczam w tę grupę jeszcze 2 złamania otwarte z mojéj prywatnéj praktyki; oba przypadki ze zupełnie aseptycznym przebiegiem [1]).

Przy tych dwóch przypadkach zatrzymam się nieco dłużéj, albowiem w drugim przypadku użyłem ze skutkiem metody, któréj, o ile wiem, dotąd nikt nie używał.

W pierwszym przypadku chodziło o otwarte złamanie kości udowéj u 50-letniego mężczyzny, wywołane uderzeniem kopyta. Rana skórna, długości blizko 2 cm., znajdowała się na zewnętrznéj stronie uda i prowadziła do bardzo znacznego wynaczynienia pod powięzią szeroką, nakrywającego miejsce złamania kości. Ponieważ rana skórna była stosunkowo małą, odłamki kości nie wystawały z rany a już w godzinę po przypadku mnie wezwano, przeto nie miałem powodu przypuścić, aby w głąb rany dostały się były materyje zakaźne. Ograniczyłem się przeto do wyczyszczenia rany, pokrycia jéj 5% rozczynem karbolowym i wydalenia górnéj warstwy skrzepłego wynaczynienia, nasypałem na ranę nieco jodoformu i nałożyłem wyż opisany opatrunek. Za drugą zmianą opatrunku zamknęła się rana w przeciągu 2 tygodni a wynaczynienie wessaném zostało w przeciągu 4 tygodni. Dalsze zagojenie rany postępowało bez przeszkody.

Drugi przypadek tyczył się chłopaka blisko 8-letniego, którego podudzie na przodzie również przez uderzenie kopytem zranione zostało. Przyszedłem we trzy godziny po zranieniu do chorego. Przekonałem się, że obie kości podudzia były złamane; na przedniéj płaszczyźnie goleni znajdowała się rana długości 4—5 cm., przez którą odłamy téj kości znacznie z okostnéj obnażone wystawały. Rana była pokryta brudem i resztkami gnoju końskiego. (Suknie były w skutek uderzenia przedarte). Jasną było rzeczą, że należało tu zrobić *Débridement* według metody Volkmanna. Rozszerzyłem przeto ranę skórną, odsłoniłem zupełnie oba końce kości, usunąłem luźno drzazgi, obciąłem ostre końce kości i oczyściłem całą ranę należycie 5% rozczynem karbolowym. Potem przystósowałem oba odłamy kości i zmniejszyłem ranę skórną z obu stron 2ma szwami tak, że pozostała tylko szpara około 4 cm. długa a ½ cm. szeroka, sięgająca aż do obnażonéj kości. Tę szparę wypełniłem zupełnie jodoformowym proszkiem i założyłem dopiero wtedy opatrunek. W skutek tego zaoszczędziłem z jednéj strony odrenowanie rany a przeto i częstszą zmianę opatrunku, ponieważ wydzieliny wolno na zewnątrz odpływać mogły; z drugiéj zaś strony zaopatrzyłem ranę w magazyn jodoformu, który bezwarunkowo aseptyczny przebieg zagojenia rany sprowadzić musiał. Zupełne zaszycie rany byłoby o wątpliwym skutku a może nawet niebezpieczną rzeczą, gdyż nie było można wiedzieć, do jakiego stopnia stłuczona rana obumrzeć mogła.

Przebieg jednak odpowiedział zupełnie memu oczekiwaniu. Chory był zawsze bez gorączki, miał apetyt, nie skarżył się na boleści; opatrunek zmieniłem dwa razy, mianowicie 10go i 29go dnia po skaleczeniu. Po 6ciu tygodniach począł chory używać swéj nogi, opatrzonéj i utwierdzonéj li tylko lekkim opatrunkiem organtynowym.

Przypadki dotychczas wymienione (1—4) dają razem 18 wielkich ran na kościach i stawach, które wszystkie wygoiły się pod opatrunkiem jodoformowym zupełnie aseptycznie i o ile to było możliwém, *per primam*.

5) 5 przypadków wyłuszczenia wola. Wszystkie uleczone. Z tych jeden operowany w prywatnéj praktyce prof. Billrotha, inne zaś w klinice. Ostatnie dwa przypadki, (a z tych jedno całkowite wyłuszczenie gruczołu tarczowego operowałem sam w lipcu rb.), jakotéż dwa inne przypadki zagoiły się aseptycznie i *per primam*.

[1]) Pojęcia „przebieg bezgnilny" i zagojenie bezpośrednie nie zupełnie są identyczne. Rana zagoić się może zupełnie aseptycznie a mimo to nie per primam; tak np. jeżeli się brzegi rany nie zupełnie dają spoić albo w skutek niedostatecznego odżywienia obumierają tak, że reszta rany brodawkowaniem wypełnić się musi.

W piątym przypadku aseptyczny przebieg już z góry był uniemożebniony przez tracheotomiję, wykonaną z potrzeby podczas operacyi; dla otwartéj komunikacyi rany z tchawicą zagoiła się tylko część rany *per primam*, podczas gdy reszta zamknęła się przez ropienie. Tu dodam jeszcze, że w podobny sposób wyleczyły się i przedtém wszystkie przypadki wyłuszczenia wola skomplikowane z tracheotomiją.

6) 10 przypadków wycięcia sutków; z tych 6 z zupełném usunięciem treści dołka pachowego połączonych. Wszystkie uleczone. W 8miu razach nastąpił przebieg zupełnie aseptyczny, a to w 6ciu razach zagoiła się rana całkiem *per primam*, a w 2wu razach o tyle, o ile tego dozwoliło spojenie brzegów rany. W 2 przypadkach przebieg aseptyczny wstrzymany został.

W jednym z tych przypadków po znacznéj amputacyi zupełnie sposoczałego guza sutkowego zupełne spojenie brzegów rany skórnych tylko za pomocą znacznego napięcia tychże zdołano przyprowadzić do skutku; późniéj pokazało się ropienie we wszystkich kanałach szwowych, a gdy po 10ciu dniach szwy pooddalano, rozsunęły się brzegi po największéj części tak, że rana musiała się zamknąć przez ropienie i brodawkowanie. Nie wątpię, że prócz napięcia brzegów przeszkodziło uleczeniu rany także zakażenie téjże wydzieliną sposoczałego raka.

W drugim przypadku (z wypróżnieniem dołka pachowego) pojawienie się róży przeszkodziło zagojeniu się rany i przedłużyło leczenie.

Wspomnieć tu należy, że przypadek opisany był jednym z pierwszych przypadków amputacyi sutków, w których leczeniu używaliśmy opatrunku jodoformowego, a więc w czasie, kiedyśmy jeszcze nie mieli biegłości w technice tego opatrunku; wtedy pokrywaliśmy ranę naprzód papierem gutaperkowym, a potem dopiero kładliśmy watę posypaną jodoformem, podczas gdy w następnych przypadkach stosowaliśmy wprost dobrze wsiąkającą gazę jodoformową; zresztą rana sama bez wątpienia już podczas operacyi została zakażoną tak, iż ani opatrunek jodoformowy, ani inny jakikolwiekbądź opatrunek nie byłby był w stanie wstrzymać wystąpienia róży. Do tego jakoteż do jeszcze innego przypadku róży, uważanych pod opatrunkiem jodoformowym, wrócę jeszcze raz późniéj.

7) 3 wycięcia guzów gruczołu ślinnego przyusznego; z tych 2 z zagojeniem bezpośredniém, w trzecim przypadku zagoiła się rana o tyle, o ile ją spoić było można.

8) 2 kastracyje, zagojone *per primam*.

9) 11 rozmaitych operacyj, po większéj części wycięcia guzów w różnych okolicach ciała.

Przypadki do téj grupy należące są: jeden rak gruczołu podżuchwowego; jeden kościomięsak kości czołowéj; jeden torbiel skórzakowy na brzegu oczodołowym zrosły silnie z kością; jedno znamię barwikowe (*naevus pigmentosus*) z częściowém wycięciem; dwa tłuszczaki w okolicy lędźwiowéj; jeden tłuszczak na podudziu, jeden bardzo rozpostarty ponowny mięsak na przedniéj stronie uda (z obnażeniem wielkich naczyń i kości); jeden mięsak na podudziu. Wszystkie tu wymienione przypadki zagoiły się aseptycznie a z wyjątkiem ostatniego także *per primam*. W ostatnim przypadku rozstąpiły się początkowo spojone brzegi rany z powodu silnego napięcia skóry.

10) 4 przypadki znacznych wycięć gruczolaków limfatycznych na szyi; wszystkie wyleczone. Wymieniam te operacyje osobno z dwóch powodów; po pierwsze dlatego, ponieważ znaczne wycięcia gruczolaków limfatycznych na szyi są często operacyjami wielkiéj wagi, połączone z obnażeniem a nawet z podwiązaniem wielkich naczyń szyjnych a szczególnie wspólnéj żyły szyjnéj, jak to miało miejsce w jednym ze wspomnianych przypadków; a powtóre, rany łatwo się już z góry często zakażają treścią zserowaciałego lub zropiałego gruczolaka, co bezpośredniemu zagojeniu rany całkowicie lub częściowo przeszkadza. Z wyliczonych 4ch przypadków wyleczyły się 3 *per primam*, podczas gdy w czwartym, w którym wycięto zserowaciałe gruczoły, przewlekało się zagojenie w skutek róży, która wystąpiła 6go dnia.

Jeżeli wszystkie wymienione przypadki razem zliczymy, to otrzymamy 53 wielkich ran na kościach i częściach miękkich, które wszystkie pod opatrunkiem jodoformowym wyleczyły się. W 49ciu razach był przebieg aseptyczny a w 4ch razach asepsis wstrzymaną została a mianowicie: 2 razy w skutek szczególnych warunków, w których się rany znajdowały (sposoczały rak sutka, wycięcie wola skomplikowane z tracheotomiją) a w 2 razach w skutek wystąpienia róży.

Oprócz tych poszczególnie wyliczonych przypadków należy tu wliczyć jeszcze wielką liczbę mniejszych ran operacyjnych i uszkodzeń, które pod opatrunkiem jodoformowym prawie bez wyjątku bezpośrednio się zagoiły. Do tego działu należy następnie wielka liczba wycięć mniejszych gruczolaków limfatycznych, tłuszczaków, kaszaków, torbieli skórzakowych i innych guzów, lżejsze zranienia leczone po największéj części ambulatoryjnie, a wreszcie 13 naciągnień nerwów. Można powiedzieć, że co najmniéj w stu mniejszych przypadkach osiągnęliśmy przebieg aseptyczny i o ile możności zagojenie bezpośrednie pod opatrunkiem jodoformowym.

A teraz wróćmy się do owych dwóch przypadków róży. Jak wiadomo, podzielone są zdania chirurgów w kwestyi, czy przeciwgnilne leczenie ran w ogóle zabezpiecza przed tą chorobą utrudniającą leczenie ran. Naprzód każdy się z tém zgodzi, że bezpieczeństwo w przeciwgnilném leczeniu ran zawsze tylko jest względne, tj. sięga tak daleko, o ile ludzkie środki bezpieczeństwa są wydoskonalone. I jak na najlepiej zorganizowanéj kolei żelaznéj nie dadzą się absolutnie ominąć nieszczęśliwie przypadki, tak też i my nie jesteśmy w stanie a szczególnie we wielkich zakładach, których urządzenie mniéj lub więcéj jest skomplikowane, całkowicie ominąć niektórych przeoczeń przypadkowych. Lecz nawet pominąwszy tę okoliczność znajdą się w rozmaitych klinikach różnice zawisłe już to od indywidualności kierującego chirurga, już też to od innych właściwości zakładu. Jest to np. rzeczą ważną, jeżeli na oddziałach sąsiadujących z naszą kliniką w szpitalu ogólnym srogie i długotrwałe epidemije róży grasują; łatwo można przypuścić, że zakażenie następuje w skutek bezpośredniego przewleczenia choroby przez służbę różnych oddziałów, stojącą ze sobą we wzajemnéj i nieograniczonéj styczności, zwłaszcza, że służby i dozorczyń niepodobna absolutnie wykluczyć od manipulacyj z instrumentami, gąbkami, materyjałem opatrunkowym itd. Co się tyczy naszéj kliniki, to mogę zapewnić, że tu się tylko pojedyncze przypadki róży i to każdego czasu pojawiały; a pojawiały się one w czasie, kiedyśmy najskrupulatniéj pod sprayem operowali, podobnie jak późniéj bez sprayu, pojawiały się one pod gazą karbolową tak często jak i pod opatrunkiem według jakiéjkolwiek innéj przez nas używa-

nej metody. Z pojedynczych zatém przypadków róży, jakie się w obec stosunków naszéj kliniki pojawiały, nie można wydawać orzeczenia o wartości téj lub owéj metody opatrywania. Nadto uważać należy w naszych dwóch przypadkach róży na pewien rozstrzygający wzgląd ważny. Oto opatrunek jodoformowy nie zostawał w bezpośredniéj styczności z jamą rany z powodu szwów zawartéj; zarodek zakaźny ukrywał się prawdopodobnie z dala od jodoformu w głębi rany, gdzie się rozwinął i z głębi téj sprowadził dopiero różę, czemu nie można było żadnym opatrunkiem przeszkodzić. Jeżeli tedy jaki błąd popełniono, w takim razie należało go szukać w środkach ostrożności przeciwgnilnych, podjętych przed spojeniem rany. Dodać tu muszę, że jak już wspomniałem, używamy w naszéj klinice do desinfekcyi rąk, narzędzi itd. zwyczajnie tylko 3% rozczynu karbolowego, gdyż prof. Billroth rozczyn ten za zupełnie wystarczający uważa. Ja zaś sądziłbym, że przy konsekwentném używaniu 5% rozczynu karbolowego do wspomnianych celów możnaby zupełnie uniknąć przypadków róży i przestrzegałbym téj ostrożności wszędzie, gdzie niebezpieczeństwo pojawienia się róży zależy od stosunków zakładu.

Podnieść muszę jeszcze tę okoliczność, żeśmy jeszcze w żadnym przypadku pojawienia się róży nie spostrzegli, gdzie się jodoform wprost z całą raną stykał, a było takich przypadków przeszło dwieście.

W obec tych uwag nie możemy na podstawie owych dwóch przypadków róży pod opatrunkiem jodoformowym uważanych, nic przeciw téj metodzie orzec a polegając na szeregu powyż wymienionych przypadków możemy śmiało twierdzić że:

Opatrunek jodoformowy jest w stanie zupełnie zastąpić opatrunek gazą Listerowską, pociągając za sobą w podobny sposób aseptyczny przebieg i bezpośrednie zagojenie się rany. Nadto daje nam dwojaką korzyść a mianowicie jest on prostym i bezpieczniejszym.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. O twardzielu nosa (*Rhinoscleroma Hebrae*).

Przez Dra **Leopolda Glücka**.

Wśród licznego zastępu chorób skórnych, które nieśmiertelnéj pamięci prof. Hebra odkrył, niepoślednie zajmuje stanowisko twardziel nosa „*Rhinoscleroma*“. Jeżeli się ośmielam na tém miejscu uwagę szan. kolegów zająć tém cierpieniem, to czynię to w przekonaniu, że ono mimo swéj rzadkości najczęściéj jeszcze u nas spostrzeganém bywa, gdyż większa część z dotychczas opisanych przypadków pochodziła z Galicyi lub Bukowiny.

W pierwszym opisie twardziela nosa, opartym na siedmiu spostrzeżeniach a ogłoszonym w styczniu 1880 r., podaje Hebra dla przerzeczonego cierpienia następujące cechy: 1) Stałą siedzibą twardziela jest nos i jego otoczenie. 2) Miejsca dotknięte są nadzwyczaj twarde. 3) Twardziel występuje w postaci ciemnobrunatnych twardych guzów lub stwardnienia prawidłowo wyglądającéj tkaniny. 4) Twardość ogranicza się ściśle do miejsca schorzałego, przyczém niema obrzęku ani innych objawów zapalnych w otoczeniu. 5) Twardziel nie rozpada się, nie wrzodzieje, nie mięknie i nie ulega wessaniu. 5) Leczenie wewnętrzne jest bezskuteczném. 7) Nawet po wielu latach trwania cierpienia nie grozi organizmowi żadne niebezpieczeństwo. 8) Twardziel sam przez się jest bezbolesnym, przy dotknięciu jednak występuje silny ból w ciemnoczerwonych guzach.

Dodać należy, że Hebra z razu sądził, że ma do czynienia z produktem kiły późnéj i stósował odpowiedne leczenie; przekonawszy się jednak, że leczenie swoiste nie wywiera na przebieg twardziela najmniejszego wpływu, przyszedł do przekonania, że to cierpienie nie tylko nie jest objawem kiły, ale co więcéj, że nie stoi z nią w żadnym związku.

Równocześnie ogłosił wynik badania drobnowidowego, które uskutecznił Kaposi. Naciek drobnokomórkowy właściwéj skóry (*corium*) i warstwy brodawkowéj ma być wyrazem anatomicznym tego cierpienia, warstwa przyskórkowa nie zmieniona, pojedyncze brodawki przydłużone, naczynia skąpe i ścieńczałe. Komórki są okrągłe, małe, jednojądrzaste o zarysach wybitnych i treści jasnéj. Komórki utrzymują się przez długie lata nie ulegając żadnéj zmianie. Na podstawie tego wyniku badania uznał Kaposi twardziel nosa nowotworem a zwłaszcza mięsakiem drobnokomórkowym (*Granulationssarkom* Virchowa).

Jednak tak cechy podane przez Hebrę jakoteż i wynik badania drobnowidowego uległy przy dalszéj obserwacyi tego cierpienia dość znacznéj zmianie.

Niechaj mi będzie wolno w głównych zarysach naszkicować obraz twardziela nosa, jaki otrzymujemy przy uwzględnieniu wszystkich dotychczasowych spostrzeżeń i badań, przyczém ośmielę się dołączyć i wynik własnych badań drobnowidowych.

O ile nam wiadomo, ilość dotychczas obserwowanych przypadków twardziela nosa nie dochodzi trzydziestu, z których opisano zaledwie połowę. Płeć, jak się zdaje, niema wpływu na wystąpienie tego cierpienia, widziano je bowiem prawie w równéj liczbie tak u mężczyzn jak u kobiet. Twardziel występuje u osób młodych między 17 a 25 rokiem życia; do tych lat przynajmniéj odnoszą wszyscy niemal chorzy swoje cierpienie. W rzadkich przypadkach miał być uraz przyczyną cierpienia, w innych zaś długotrwały nieżyt nosa, w największéj jednak liczbie chorzy nie umieją podać przyczyny. Wspomnieliśmy już, że Hebra i Kaposi wykluczają związek twardziela z kiłą, za ich przykładem poszedł i Geber, przeciwnie zaś Weinlechner, Mikulicz i Billroth twierdzą, że twardziel nosa jest, mimo bezskuteczności leczenia swoistego, prawdopodobnie produktem kiły nabytéj lub dziedzicznéj. Nie można zaprzeczyć, że niektóre osoby dotknięte tém cierpieniem niewątpliwie były kiłowe, inne jednak a tych jest większość, nie okazywały żadnego śladu istniejącéj lub przebytéj kiły. Widziałem 19letnią dziewczynę dotkniętą twardzielem, która niewątpliwie nie była kiłową i któréj rodzina według zupełnie wiarogodnego świadectwa Dra Załozieckiego jest całkiem zdrową. Na podstawie dotychczasowych obserwacyj można orzec, że twardziel nosa nie stoi w związku przyczynowym z kiłą, jeżeli nie chcemy koniecznie wierzyć w chorobę bez objawów.

Badanie drobnowidowe twardziela doprowadziło dotychczas do trzech odmiennych wyników. Jak już wspomniałem widział Kaposi w twardzielu mięsak, jednak Geber już w 1872 roku a Mikulicz w 1877 r. wyrzekli, że twardziel jest chroniczném zapaleniem skóry. Mikulicz, który dotychczas przerzeczone cierpienie najdokładniéj zbadał, zauważył, że komórki w głębszych warstwach skóry tracą pierwotny kształt okrągły i przyjmują wrzecionowaty a w jeszcze głę-

bszych przemieniają się w tkankę łączną. Nie wszystkie jednak komórki głębszych warstw równocześnie ulegają tej zmianie, przez co niejako powstają siatki tkanki łącznej, których oka wypełnione są drobnemi okrągłemi komórkami. Dopiero po dłuższym czasie i te komórki się przekształcają w tkankę bliznowatą. Schmiedicke (1880) następującemi słowy kreśli obraz drobnowidowy twardziela: „Badanie wyciętego kawałka wykazało pod miejscami zgrubiałym przyskórkiem, nieznaczną tylko zmianę warstwy siatkowatéj. Jedyną nieprawidłowością była lekka hiperplazyja komórek szczególnie w ich kolcach *(Stachelapparat)*. Właściwa skóra okazywała gęsty naciek komórkowy, który się ściśle przez mocne zabarwienie jąder odgraniczał. W głębszych warstwach przerywały naciek znaczne pręgi tkanki łącznéj, które w pojedynczych szczególniéj głębszych a zatém starszych przekrojach były znaczniejsze. Przechylam się do mniemania, że ta tkanka jest przyczyną znacznéj twardości miejsc zajętych. W głębszych warstwach widziano znaczną liczbę świateł naczyń otoczonych w obwodzie gęstą warstwą komórek. Komórki dochodzą do wielkości ciałek krwi czerwonych, w treści widziano jedno do dwóch jąder mocno zabarwionych. Kształt komórek jest rozmaity, od okrągłego do owalnego i wrzecionowatego opatrzonego niekiedy wypustkami“. Schmiedicke zatém przechyla się widocznie do zdania Mikulicza i uznaje twardziel nosa jako chroniczne zapalenie. Za zdaniem tém przemawia jeszcze spostrzeżenie Billrotha, który, operując raz twardziel nosa natrafił w głębi tegoż na znaczny opór. Po zbadaniu drobnowidowém okazało się, że głębsze warstwy wyciętéj części uległy zupełnemu skostnieniu.

Zupełnie odmiennie przedstawia się twardziel nosa według badań Auspitza, podanych w tegoż układzie chorób skórnych ogłoszonym w b. r. *(System der Hautkrankheiten* 1881 p. 173). Autor ten powiada, że naciek komórkowy należy w tém cierpieniu, ze względu na ułożenie komórek i ich historyję do rodzaju grużlaków *(Granuloma)*. Punktem wyjścia jest błona dodatkowa *(adventitia)* naczyń; tu i owdzie widać budowę siatkowatą *(alveolärer Bau)*, Przyczyną twardości miejsc dotkniętych jest stwardnienie tkanki łącznéj włóknistéj, na którą już w szankrze stwardniałym zwrócił uwagę.

Dziewczynie, o któréj wyżéj wspomniałem, wyciął Dr. Załoziecki w mojéj obecności na 2 cm. długi a 1 cm. szeroki kawałek twardziela z prawego skrzydła nosa. Że chora niewątpliwie była dotkniętą tém, a nie innem cierpieniem, za tém przemawiał cały przebieg i cechujące objawy choroby, które poniżéj skreślimy. Z kilkunastu preparatów, jakie zrobiłem, tylko cztery były dostatecznie cienkie, reszta była nie do użycia Następujący jest wynik mojego badania: Proces chorobowy ogranicza się do właściwej skóry, która w całéj swéj grubości jest nacieklą małemi komórkami, z których największe nie przechodzą granic czerwonych ciałek krwi. We wyższych warstwach komórki są okrągłe, w głębszych zaś obok okrągłych napotyka się pojedynczemi grupami owalne a tu i owdzie nawet wrzecionowate. Naczynia są wyraźnie rozszerzone, ściany ich jednak nie są zgrubiałe. W obwodzie naczyń jest naciek widocznie gęstszy, niż w innych częściach skóry. Czy w tkance samej skóry jest jaka zmiana, orzec nie mogę; wśród nacieku tu i owdzie widać wprawdzie pojedyncze smugi tkanki, wyraźnych zmian jednakże na nich spostrzedz nie można.

Na podstawie powyższego wyniku przechylam się do mniemania Mikulicza, że twardziel nosa polega na chronicznem zapaleniu skóry.

Twardziel nosa przebiega bardzo leniwo i rozpoczyna się zazwyczaj od nieznacznego zgrubienia a następnie twardnienia jednego ze skrzydeł lub przepony nosa; w rzadkich tylko przypadkach są miejscem wyjścia cierpienia łuki podniebienne lub muszle nosa. Rozwojowi twardziela nie towarzyszy ani ból ani też jakikolwiek inny objaw zapalny. Cierpienie wprawdzie powoli, lecz statecznie się szerzy i zajmuje po roku lub dłuższym czasie całą chrząstkowatą część nosa. Skrzydła grubieją znacznie a chory z trudnością tylko przez nos oddycha. Kto chorego przedtém nie znał, na pierwszy rzut oka nie uznałby go cierpiącym, gdyż całą widoczną zmianą na twarzy jest nos szeroki i nieco przypłaszczony. Dotknąwszy się jednak nosa i spróbowawszy zbliżyć do siebie jego skrzydła, poczujemy twardość tak znaczną, jakby było wyciosane z marmuru. W dalszym przebiegu szerzy się cierpienie na wargę górną, na jéj błonę śluzową i dziąsła lub na głębsze części jamy nosa. W ostatnim razie przechodzi jéj wewnętrzne granice i zajmuje podniebienie miękkie, łuki podniebienne a w rzadszych przypadkach i krtań. Części te tracą wejrzenie błon śluzowych, łuki tężeją, tylni brzeg podniebienia i języczek tracą prawidłowy kształt i zmieniają położenie, a niekiedy zanikają. Zmiany, jakie oczom naszym się przedstawiają, są łudząco podobne do objawów kiły późnéj: podniebienie twarde pokryte białemi srebrzysto połyskującemi bliznami, podniebienie miękkie, zanikłe, małemi pokryte wrzodzikami, którym tylko brak objawów zapalnych w otoczeniu, języczek albo przyrośnięty do tylnéj ściany gardziela, albo go wcale niema. Po kilkunastu latach trwania choroby przechodzi cierpienie i na wargę dolną, przez co usta są tak zwężone, że chory pokarmów brać nie może; dziąsła stwardniałe zanikają, zęby wypadają a zębodoły również ulegają zanikowi. Chory przez nos zupełnie zrośnięty wcale oddychać nie może. Tylko leczenie operacyjne, które ciągle i ciągle powtarzać należy, utrzymuje go przy życiu, jeżeli go choroba inna od cierpień nie uwolni.

Na zewnętrznéj powierzchni nosa przez cały ciąg choroby nie widać, prócz wyżéj wymienionych, żadnych ważniejszych zmian patologicznych: małe wysłojenia przyskórka jakie niekiedy się wytwarzają, w krótkim czasie ustępują nie pozostawiając po sobie śladu. W roku 1875 opisał Zeissl przypadek twardziela, który uległ częściowemu owrzodzeniu; to jest jedyny dotychczas znany, w którym tak znaczną spostrzeżono zmianę.

Rany operacyjne w twardzielu nadzwyczaj szybko i bez ropienia się goją, w jednym tylko przypadku zauważano, że po dwóch latach rana nie była zabliźnioną. Przy nacinaniu twardziela dziwne zrobiono spostrzeżenie; mimo znacznéj twardości, która jest jednym z cechujących objawów tego cierpienia, nóż nie natrafia na opór znaczniejszego stopnia.

Odliczywszy zeszpecenie twarzy, które w dość częstych przypadkach dopiero po dwu lub trzechletnim trwaniu choroby dochodzi do znaczniejszego stopnia, objawy podmiotowe są dość nieznaczne. Utrudnione oddechanie przez nos najprędzéj jeszcze chorego zmusza udać się do lekarza po poradę; dopiero po 6—10 latach, gdy twardziel zajmuje już podniebienie i usta, gdy zęby wypadną a chory z trudnością tylko pokarmy i napoje przyjmować może, staje się życie dla niego ciężarem. Obok tych objawów w przypadkach rzadszych występują napady duszności, bezgłos i napady padaczkowe gdy cierpienie zajęło nagłośnię i więzadła głosowe. Odżywienie chorego w pierwszych latach jest zazwyczaj dobre, z cza-

sem jednak chory uędznieje i słabnie. W twardzielu samym nigdy bez nacisku lub urazu bólu niema, dotknąwszy się jednak miejsc zajętych nieco energicznéj można wywołać ból i to dość znacznego stopnia.

Już kilka powyższych choć pobieżnych rysów może posłużyć za nić przewodnią w rozpoznawaniu twardziela nosa i odróżnieniu tegoż od kiły, poczynającego raka nabłonkowego a wreszcie i bliznowca *(Keloid)*. Szczególnie w okresie późnym, kiedy twardziel nosa już na podniebienie się rozszerzył i tamże począł dzieło zniszczenia, nie trudno o pomyłkę co do kiły. Brak objawów na innych częściach ciała, brak objawów zapalnych w miejscach zajętych a ostatecznie i bezskuteczność leczenia swoistego może rychło nas z błędu wyprowadzą. Wiemy, że rak nabłonkowy dopiero po niejakim czasie trwania się rozpada i że przedtém występuje w postaci mniejszego lub większego dość twardego guza, omyłka rozpoznawcza byłaby zatém możebną. Ochronimy się jednak od niéj, gdy uwzględnimy, że twardziel dopiero po dość długim czasie tworzy guzy i to niebolesne, że tylko nadzwyczaj rzadko rozpada się i że nie wywołuje zmian w poblizkich gruczołach, a rak nabłonkowy przeciwnie już wcześnie w postaci guza bolesnego występuje, który wśród objawów zapalnych wrzodzieje a gruczoły chłonicze poblizkie obrzękają. Większe nieco trudności przedstawia nam rozróżnienie twardziela od bliznowca, szczególnie jeśli pierwszy występuje w postaci guzów. Najlepszym sposobem usunięcia wątpliwości jest zbadanie drobnowidowe wyciętego kawałka, gdyż jak wiadomo przedstawia się bliznowiec jako włókniak, w którym się tylko małą ilość komórek wrzecionowatych napotyka.

W twardzielu rokowanie co do uzdrowienia chorego jest niepomyślném, życiu jednak zazwyczaj nie grozi żadne niebezpieczeństwo. W obec twardziela stoimy niejako bezsilni, gdyż nie mamy środka, którymbyśmy zdołali usunąć go, ani też takiego, któryby go wstrzymał w dalszym rozwoju. Pomoc, jaką choremu dać możemy, jest tylko chwilową. Środki żrące jak n. p. azotan srebra, lub nóż chirurga torują tylko na krótki czas powietrzu drogę przez nos lub pokarmom przez zwężone usta, gdyż twardziel stosunkowo prędko się odnawia. W ostatnich czasach polecił Schmiedicke maść 10% *ex acido pyrogallico*, któréj miał u swéj choréj z dobrym użyć skutkiem. W klinice wiedeńskiéj, zkąd środek ten wyszedł, dotychczas skutku po nim nie widziano. U dziewczyny, o któréj wyżéj wspomniałem, również próbowano kwasu pyrogallusowego lecz bezskutecznie, gdyż twardziel równie szybko się szerzył jak i bez niego. Miejmy jednak nadzieję, że przyszłość nie pozostawi nas tak bezsilnych w obec téj jak dotychczas, nieuleczńej choroby.

IV. Oceny i sprawozdania.

Wojciech Oczko: **Przymiot i Cieplice** opatrzone życiorysem i oceną stanowiska naukowego W. Oczki przez Dra Edwarda Klinka, oraz rozprawą o języku dzieł przez Ad. Ant. Kryńskiego.—Wydanie jubileuszowe. Warszawa. Nakładem Towarzystwa lek. warsz. Druk K. Kowalewskiego. W 8ce większ., str. CXXXV, 544. Z ryciną pomnika W. Oczki, tudzież z podobizną autografowaną listu i karty tytułowéj i następnéj wydania 1go dzieła głównego z r. 1581.

Wydanie świeże Oczki nosi znamię jubileuszowe nie tylko z roku wyjścia we 300 lat po pierwszém ukazaniu się dzieła znakomitego ziomka, ale i ze świetnéj wyprawy, w jakiéj występuje, tak pod względem naukowym, jak typograficznym. Towarzystwo lekarskie warszawskie odpowiedziało chlubnie zaszczytnemu i poważnemu swojemu powołaniu zbogacając piśmiennictwo lekarskie polskie dziełem pomnikowém, świadczącém wymownie o żywym ruchu i podniosłym duchu naukowym w kraju, opartym na gruntowności, żwawym postępie i szerszych poglądach. Powinszować należy temu ciału naukowemu równie pomysłu, jak i jego wykonania przeprowadzonego w ścisłém znaczeniu słowa *„con amore,“* bo z owém namaszczeniem wynikającém z szczerego zamiłowania, idącego zwykle w parze z głębokiém znawstwem. Do nieposlednich zasług wydania należy, iż samym swoim przykładem wskazuje namacalnie i dowodnie potrzebę i pożytek podstawy historycznéj, zbawienne i płodne oddziaływanie wzajemne znajomości dziejów na dalszy rozwój nauki a świeżego postępu na wyjaśnienie zabytków przeszłości. Światło nowszéj krytyki wydobywa tym sposobem z dawnych spostrzeżeń nowe widoki i odkrycia, a wyniki doświadczenia dawnego obraca na pożytek nauki dzisiejszéj. Jeżeli gdzie, to na polu syfilidologii nierozstrzygnięte dotąd wątpliwości szukają oparcia i poparcia w historyi i jéj wiarogodnych świadectwach. Staje przed zadowolonemi oczyma miły widok starego a poważnego pomnika, ale wskrzeszonego umiejętnie i oblanego potokami dziennéj dzisiejszéj jasności. Umiejętna, zabiegliwa i szczodra staranność zachowująca troskliwie i sumiennie najdrobniejsze znamiona przeszłości a dobitnie je wyjaśniająca przez zestawienie i porównanie ze stanowiskiem nauki dzisiejszém wywiera wrażenie arcybudujące, pod wpływem którego przystępuje się do rozpatrywania tak całości, jak pojedynczych części z uszanowaniem i z wdzięcznością.

Wstęp skreśla krótkie dzieje tego wydawnictwa, które poruszył autor Dr. E. Klink na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego warszawskiego dnia 16 marca 1880. Na wniosek bowiem jego uzupełniony dodatkiem sekretarza stałego prof. Szokalskiego uchwaliło wspomniane ciało naukowe jednomyślnie wydać swoim nakładem i staraniem, w trzechsetnym roku od pierwszego ogłoszenia, pomnikowe dzieło Wojciecha Oczki p. t. Przymiot, tudzież drugie pismo wyszłe w r. 1578 pod napisem Cieplice i podnieść uroczyste znaczenie tego piśmienniczego objawu, łącząc go z drugiém na rok bieżący również przypadającém jubileuszowém wspomnieniem przez poświęcenie go Prezesowi Akademii Umiejętności Drowi Józefowi Majerowi w 50tą rocznicę otrzymania stopnia doktora medycyny. Wykonanie zadania poruczono komitetowi redakcyjnemu Pamiętnika Towarzystwa, który ze spółudziałem znakomitych powag na polu dawnego piśmiennictwa, wywiązał się z niego nie tylko sumiennie, ale ze starannością uwzględniającą troskliwie obok skrupulatnéj poprawności osnowy głównéj także objaśniające dodatki krytyczno naukowe. Ostatnie opatrzone oddzielną paginacyją rzymską tworzą dział wstępny złożony z kilku rozpraw mających za przedmiot żywot Oczki i jego stanowisko naukowe na tle stosunków spółczesnych tudzież właściwości jego języka i stylu.

Pierwsze dwie części są pióra Dra E. Klinka, językowa p. Kryńskiego. Rozdział I po treściwym obrazie historycznym spółczesnéj Polski kreśli na podstawie pilnych poszukiwań źródłowych nie tylko bieg życia autora dawnego, ale i jego stosunki rodzinne, stanowisko i zakres działania prywatny i publiczny. Mylnie przez innych autorów podawa-

ny rok urodzenia 1545 a śmierci 1608, doznaje sprostowania na 1537 i koniec r. 1599 lub początek r. 1600. Postać Oczki rysuje się wiernie a sympatycznie jako lekarza i obywatela zacnego, znakomite w społeczności zajmującego stanowisko, pełnego poświęcenia w życiu prywatném i publiczném, miłującego kraj i dbałego o naukę i rozwój ojczystego języka.

Nad działalnością naukową dawnego pisarza zastanawia się część II poczynająca rzecz swoję od obrazu spółczesnéj nauki lekarskiéj w ogólności a wiadomości o chorobach wenerycznych w szczególności, aby na tle jego wyjaśnić znaczenie i zasługi naukowe autora. Zamyka tę część dość szczegółowe streszczenie obu wydanych dzieł, po którém następuje krytyczne ich ocenienie, wedle którego „Oczko stał na wysokości panujących w XVI wieku poglądów,“ „terapija chorób wenerycznych świetnie jest opracowana...“ szczególniéj zaś „rozdziały o mazaniu, chinie, salsie i drzewie gwajakowém; każde pytanie, jakie dziś po 300 latach postawilibyśmy Oczce, jest rozwiązane i nie wiele różni się od dzisiejszych naszych pojęć. Jest to tak świetnie opracowany dział, że prawie nic dodać, a bardzo nie wiele zmieniéby można.“ Z wielką pochwałą podnosi trafny wykład zasad dyjetetycznych i wyraża przekonanie „że Oczko wybornie korzystał ze wszystkich ówczesnych materyjałów, że je usystematyzował, niektóre działy obrobił nadzwyczaj dokładnie i całkiem oryginalnie; on pierwszy w Polsce złożył podstawę dla nauki o chorobach wenerycznych i słusznie należy mu się miano ojca syfilidologii polskiéj.“

(Dokończenie nastąpi.)

Zur Aetiologie der Pilzkrankheiten mit besonderer Berücksichtigung der Pilztheorie. *Vorträge gehalten in de Sitzungen dęs aerztlichen Vereines zu München im J. 1880 — München 1881. Jos. Ant. Finsterlin.*

W tow. lekarskiém monachijskiém przyjął się od r. 1871/2 chwalebny zwyczaj urządzania w zimie szeregu po wiązanych ze sobą odczytów w przedmiocie jednéj z bieżących kwestyj umiejętnych. Sposób ten wzajemnéj nauki i zachęty stał się wkrótce ulubionym. Owocem jego w r. 1880/81 było 14 wykładów w sprawie, objętéj nagłówkiem. Wykłady, ogłaszane kolejno w czasopiśmie „*Aerztl. Intelligenzblatt*“, zostały teraz wydane w formie książki o 432 str. po cenie 6 zlr. Są to krytyczne sprawozdania o stanie obecnym omawianych zagadnień. Tytuły ich następujące: 1) O chorobach roślin wywołanych grzybkami, przez prof. Dra Hartiga, 2) O chorobach grzybkowych zwierząt wyższego i niższego rzędu, przez prof. Bollingera, 3) O skutkach dwoinek w ustroju żywym, przez Dra Buchnera. 4) O zmianach grzybkowych w uchu, przez Doc. Dra Bezolda, 5) Przyczynek do etyjologii tyfusu brzusznego, przez Dra Porta, 6) O naturze przyrzutów i sposobach ich szerzenia się, przez Dra Sojkę, 7) O grzybkach w chorobach zębów, przez Dra Weila, 8) O etyjologii błoniawy, przez prof. Dra Oertla, 9) Przyczynek do tego samego zagadnienia, przez prof. Dra Rankego, 10) O warunkach, w jakich grzybki dostają się do powietrza i bywają wdychane, przez Dra Buchnera, 11) Związek cholery z nauką o pasorzytach, przez prof. Pettenkoffera, 12) Stan obecny nauki o chorobach zakaźnych oka, przez prof. Rothmunda, 13) O truciznie w mięsie, zgniliznie w jelitach i tyfusie brzusznym, przez prof. Bollingera, 14) O zapaleniu płuc zakaźném, przez Dra Kerschensteinera. W następnych numerach „Przeglądu“ będę się starał zdać w streszczeniu sprawę z najważniejszych odczytów lub najciekawszych ich ustępów. *Dr. Różański (Lwów).*

Jaffe: **O resekcyi kiszek w zgorzelinowych przepuklinach**.

W trzech ostatnich latach doczekaliśmy się trzech zabiegów chirurgicznych, które zwróciły uwagę nie tylko lekarskiéj ale i szerszéj publiczności, jako to: wycięcia całkowitego macicy przez Freunda (1878), ekstyrpacyi krtani i przełyku przez Billrotha, jak również przez tego ostatniego szczęśliwie dokonanéj resekcyi zwyrodniałego odźwiernika żołądka.

Pomyślny wynik téj operacyi ostatniéj, w obec dwóch niepomyślnych poprzednio dokonanych, przypisuje autor i to słusznie, obok wprawy i szczęścia operatora, także i téj okoliczności, że technika operacyi na kiszkach w ostatnich czasach w skutek doświadczalnych i klinicznych prac w tym celu podjętych znacznie posuniętą została naprzód, szczególnie zaś część o resekcyjach kiszek. Téj ostatniéj sprawie poświęca autor swój artykuł, mianowicie zaś resekcyi kiszek robionéj w przepuklinach zgorzelinowych.

Na wstępie mamy zestawioną kazuistykę 16 przypadków, ogłoszonych w literaturze, z których 9 zakończyło się niepomyślnie czyli 56% śmiertelności a dodając do tego przypadki nieogłoszone a zakończone śmiertelnie otrzymamy procent jeszcze wyższy. Mimo tego wypowiada autor twierdzenie, że operacyja ta, w obec coraz więcéj okazującego się postępu w téj sprawie, wywalczy sobie takie samo stanowisko jak owaryjotomija!

Z dalszego opisu wskazań techniki operacyi, postępowania pooperacyjnego, jak również z opisanego przypadku operowanego przez samego autora, który się pomyślnie zakończył, można następujące wysnuć wnioski obejmujące zapatrywania autora na całą tę sprawę:

1) Resekcyja kiszki w skutek zgorzeli uwiązgniętéj przepukliny jest usprawiedliwioną (zapatrywanie przeciwne zdaniu Billrotha i Péana).

2) Wskazaną jest przy zgorzeli przepukliny, jeżeli nie ma objawów ogólnego zapalenia otrzewny; perforacyja kiszki, jeżeli sąsiednie części otrzewny są zdrowe, nie stanowi przeciwwskazania.

3) Rozszerzenie pierścienia przepuklinowego powinno się odbywać drogą krwawą przez liczne, płytkie nacięcia (*multiples Débridements*), a nie tępemi narzędziami (z obawy nadwerężenia chorobowo zmienionéj kiszki).

5) Dla powstrzymania wypłynięcia kału tak z przywodzącego jak i z odwodzącego jelita najlepiéj założyć czasową ligaturę nitką jedwabną.

6) Różnicę w rozmiarach otworów obydwóch części kiszki mających być ze sobą spojonych najlepiéj znieść przez poprowadzenie cięć owalnych przy wycinaniu kawałka kiszki dotkniętego zgorzelą.

7) Do zespajania dobry jest szew ósemkowy Gussenbauera lub jeszcze lepszy szew Lamberta-Czernego. Co do materyjału używanego do szycia przechyla się autor na stronę zwolenników katgutu.

8) Po operacyi, przy pomyślnym przebiegu, trzy dni ściśléj dyjety (kawałki lodu, woda zimna) wystarcza, małe dawki opijum są potrzebne, dawaniu zaś lewatyw pożywnych

w tym czasie autor jest przeciwny. Po trzech dniach, gdy niebezpieczeństwo zapalenia otrzewny minęło, nie podaje się już więcéj opium, a wtedy pierwszy stolec ku uldze choremu, a ku radości lekarza przychodzi, chory zaczyna spożywać pokarmy płynne przechodząc powoli do coraz stalszych. (*Sammlung klinischer Vorträge Volkmanna* Nr. 20.). *Dr. G.*

Prof Mauriac w Paryżu: **O wycinaniu wrzodu kiłowego pierwotnego.**

W ostatnich latach zajmowało żywo umysły syfilidologów pytanie, któremu ze stanowiska teoretycznego nie można ująć znaczenia, a którego praktyczne następstwa byłyby nader wielkiéj doniosłości, gdyby na nie można odpowiedzieć stanowczo i potakująco. Zachodzi bowiem w ogóle pytanie, czy istnieje taka chwila, w któréjby zniszczona zmiana pierwotna kiłowa, zaledwie od niedawna powstała, zdolała po wstrzymać zakażenie całego ustroju jadem właściwym, i przeszkodzić tym sposobem rozwielmożnieniu choroby.

Nie upłynęło więcéj, niż lat 40—50, kiedy większość lekarzy była tego zdania, że za pomocą silnego przyżegania zmiany pierwotnéj w pierwszym jéj zawiązku można dalsze następstwa choroby powstrzymać. i w ten łatwy sposób przeprowadzić leczenie kiły poronne. Ponieważ jednak wówczas nauka o jedności jadu kiłowego była niemal powszechnie wyznawaną, przeto sprawa rozeznawcza obydwu szankrów była daleko mniej jasną, aniżeli to jest dzisiaj; nic więc dziwnego, że z tego powodu leczenie poronne okazywało się tak często skutecznem, ponieważ było wymierzone przeciwko szankrowi miękkiemu. Ażeby doświadczenie było przekonywające, wypada przedewszystkiém, ażeby rozpoznanie ogniska choroby, przeznaczonego do zniszczenia, nie przedstawiało żadnéj wątpliwości. Jeżeli się nie chcemy łudzić w orzeczeniu, czy mamy do czynienia z nadżarciem, lub też z malém owrzodzeniem, które w pierwszych dniach, a tém bardziéj, jeżeli takowe w pierwszych godzinach swego istnienia wystąpiło pod pozorem szankra, to często znajdziemy się w tém położeniu, że stanowcza odpowiedź co do istoty zmiany chorobowéj okaże się niemożebną. Do rzędu powyższych trudności rozpoznawczych przyczynia się także i ta okoliczność, że tego rodzaju wytwory chorobowe podobnemi bywają do owrzodzeń herpetycznych. Jeżeli jednak przypuścimy, że chory, spostrzegłszy zaledwie pierwszy ślad choroby, który za wynik zarażenia uważa, zasięgnął natychmiast rady lekarskiéj, to w największéj liczbie przypadków upłynął już pewien przeciąg czasu, w którym miejsce uszkodzone posiadało mniéj wybitną cechę, aniżeli to było w chwili naszych oględzin, a wówczas zniszczenie owego zawiązku mogło dawać poniekąd nadzieję, że dalsze skutki zostaną powstrzymane. W ten sposób mamy przed sobą alternatywę: albo wycinać lub przyżegać to, czego dokładnie nie znamy, lub też odwlec operacyję, któréj znowu poronna skuteczność z każdą chwilą zwłoki staje się coraz wątpliwszą; wszystkie zaś warunki, jakie są niezbędnie potrzebne, ażeby można liczyć na niewątpliwe powodzenie, bardzo rzadko znaleźć razem. Autor powiada, że odkąd się zajmuje śledzeniem takich przypadków, do téj chwili nawinął mu się tylko jeden, a przecież miał sposobność widzenia tysięcy szankrów każdego rodzaju i w każdym rozwoju. Odmienną trudność do pokonania nasuwa sama siedziba zmiany chorobowéj, z których nie małą liczbę można tylko jedynie usunąć ze znacznym uszczerbkiem części otaczających.

Stanowisko, z jakiego M. zapatruje się na przebieg zakażenia kiłowego, jest następujące. Spostrzeżenia i doświadczenia kliniczne dowiodły podziśdzień dostatecznie, że zmiana pierwotna kiłowa nigdy się nie rozwija bezpośrednio po zarażeniu; że przeto od chwili, kiedy jad wniknął w tkaninę, aż do wystąpienia zmiany pierwotnéj, upływa zawsze znaczny przeciąg czasu. Na zasadzie dziesięcioletniego doświadczenia utrzymuje tenże, że pora tajenia się jadu dochodzi średnio od 30—40 dni, ze względu jednak na chorobę nie ma to wielkiego znaczenia. Gdyby bowiem pora tajenia się jadu tylko 10 lub 15 dni dobiegała, to jeszcze nasunęłaby się myśl wymagająca następujących objaśnień. I tak co do pierwszego, przypuszczamy, że wessanie jadu właściwego powstaje w chwili zetknięcia, a cały ustrój chociaż jednym zamachem zatruty dowiaduje się o téj wielkiéj rzeczywistości tylko z miejscowego objawu, który się rozwinął ściśle na tém samém miejscu, na którém powstało zarażenie.

Ta odosobniona zmiana chorobowa, to pierwsze miejscowe zjawisko, pomimo ogólnego zarodu choroby, byłoby wrzodem pierwotnym kiłowym. Gdyby to przypuszczenie było prawdziwe, to byłoby niesłusznem nazywać wrzód pierwotny zaraźliwym, gdyż daleki od tego, ażeby za przyczynę zakażenia uchodzić, nie byłby niczém innem, jak tylko pierwszą oznaką tegoż.

Jakkolwiek dziwném może się zdawać to zapatrywanie, a mianowicie, jeżeli się zwróci uwagę na przyczynę rozpostarcia choroby t. j. na zatrucie, daléj na siedzibę ograniczoną jak również na dokładność tego miejsca, w którém jad został złożony, to przecież prawie wszyscy pisarze, a między nimi największe powagi, należą do gorliwych wyznawców tegoż.

(Dokończenie nastąpi).

Prof. Hecker (w Monachijum): **O kile podczas ciąży i o jéj wpływie na płód.**

Autor spostrzegał 173 przypadków kiły dziedzicznéj, o których podaje następujące szczegóły:

Do pierwszego szeregu zalicza te przypadki, w których matka podczas porodu posiadała kiłę nie leczoną. Tego rodzaju przypadków było 81; matki po największéj części okazywały kłykciny sączące około stolca i na wargach sromych większych, albo wrzody w rowku czółenkowatym. Czas trwania kłykcin sączących nie mógł być dokładnie podanym. W przypadkach tych bardzo rzadko spostrzegano objawy zakażenia ogólnego. Z tych 81 przypadków było 46 dzieci czyli 57% zupełnie donoszonych, a 35 czyli 43% przedwcześnie urodzonych albo niezdolnych do życia. Daléj podnieść należy tę okoliczność, że 46 dzieci czyli 57% było zupełnie zdrowych i wolnych od kiły w czasie pobytu ich w zakładzie, 25 zaś dzieci czyli 30% urodziło się w stanie wymokłym. We wszystkich tych przypadkach sekcyja nie wykazała w wewnętrznych organach żadnych zmian kiłowych, stwierdzić jednak można było znaczniejszą ciężkość łożyska. W 7 przypadkach okazywały dzieci zmiany kiłowe jak pęcherzycę lub kilaki w wewnętrznych organach, w 3 przypadkach zaś należało śmierć przypisać innym przyczyczynom. Z powyższego wynikałoby, że w więcéj niż połowie przypadków kiły matki płód nie zostaje zakażonym, że zatém łożysko służy rzeczywiście za rodzaj sączka, który nieprzepuszcza pierwiastka zaraźliwego do płodu. Zważywszy jednak, że w tych przypadkach, w których matki cierpiały na kłykciny sączące bez równoczesnego zajęcia skóry

lub błon śluzowych niezauważano podczas całéj ciąży, mimo nieleczenia tych chorych, żadnych objawów zakażenia ogólnego, autor wątpi, czy w ogóle tego rodzaju zmiany uważać należy za należące do kiły ogólnéj lub też tylko za objaw miejscowy, zwłaszcza że zmiany te ustępowały dobrowolnie, a chore i nadal mimo nieleczenia wolne były od zmian kiłowych ogólnych. W ten sposób łatwo bardzo możnaby było wytłumaczyć, dlaczego 46 razy dzieci nowonarodzone wolne były od kiły. W niniejszéj liczbie przypadków (30%) w skutek zakażenia kiłowego płód obumiera i w stanie zgniłym wydalonym zostaje, co zazwyczaj następuje na pewien czas a nawet na kilka miesięcy przed dobiegnięciem ciąży do kresu. W przypadkach tych na podstawie zwiększonéj objętości łożyska i badania drobnowidowego stwierdzono cierpienie kiłowe tego organu. Najmniéj (9%) było takich dzieci, które nieżywo urodzone albo wkrótce po urodzeniu zmarłe, okazywały kile właściwe zmiany na skórze albo w wewnętrznych organach.

Do drugiego szeregu zalicza autor 32 przypadki kiły matki leczonéj, z tych 14 dzieci było donoszonych a 18 niedonoszonych; 11 było zupełnie zdrowych, 9 w stanie zgniłym, 4 okazywały objawy zakażenia kiłowego, 8 niezdolnych do życia (*lebensschwach)* ale bez objawów kiłowych. Stosunek zatém znachodzimy niemal ten sam, jak w powyżéj przytoczonych przypadkach, gdzie kiła matki była nieleczoną.

Trzeci szereg spostrzeżeń kiły zadawnionéj stanowi 7 przypadków, a z tych 2 dzieci było zdrowych, 4 posiadały przypady kiły a 1 było niezdolne do życia.

Czwarty szereg stanowią 53 przypadki, w których mimo najstaranniejszego badania nie można było u matki wykazać żadnych śladów kiły. W przypadkach tych przypuścić musimy, że ojciec był przyczyną pojawienia się u dziecka kiły. W takich razach dzieci okazują odrębne właściwości i zboczenia od prawidła, które w następujący sposób się przedstawiają:

1) Rzadko bardzo bywają donoszone (na 55 było 48, czyli 87% niedonoszonych).

2) Na 55 dzieci urodziło się tylko 2 w stanie wymokłym; zdolność do życia u dzieci tego rodzaju jest bardzo małą, albowiem na 55 dzieci urodziło się 18 nieżywych, 12 zmarło, w następnych 24 godzinach a 16 w następnych 11 dniach, 9 tylko zdołano utrzymać przy życiu. Im większe zmiany kiłowe napotyka się we wewnętrznych organach, tém zdolność do życia u nich jest mniejszą; w razie rozległych zboczeń w płucach, dzieci oddychają tylko przez krótki czas albo też wcale nie oddychają i dlatego rodzą się albo nieżywe albo giną skutkiem uduszenia. W takich razach często brzuch jest wydęty z powodu powiększenia wątroby. Te dzieci, które utrzymane zostały przy życiu, nieokazują zazwyczaj żadnych zboczeń we wewnętrznych organach, tylko osutki pod postacią pęcherzycy na rękach i nogach.

3) Uwzględniając częstość zmiany syfilityczne występowały w sposób następujący:

a) Pęcherzycę obserwowano 41 razy (75%) u 55 dzieci i to najczęściéj była ona już obecną podczas porodu.

b) Zmiany w płucach zauważano 31 razy (56%) a mianowicie 18 razy pod postacią białego zapalenia płuc zrazikowego a 14 razy pod postacią rozsianych kilaków. Jak obie te postacie są ze sobą spokrewnione, przekonać się możemy z następującego przypadku:

D. 14 marca 1879 urodziła 17-letnia pierwiastka, zupełnie wolna od kiły, dwoje dziewcząt, z których pierwsza ważyła 1800 grm. i była 42 cm. długą, druga zaś długości 31 cm. ważyła 800 grm. Zmarły w skutek uduszenia, a sekcyja wykazała u jednéj z nich białe zapalenie płuc po obu stronach, obok ropnia w gruźlicy, w drugiéj zaś znachodziły się luźne rozsiane kilaki w płucach, w innych organach nie napotkano żadnych zmian. Łożysko ważyło 950 grm.

c) ropnie w grasicy uważano 16 razy (29%);

d) zmiany kiłowe w wątrobie 14 razy (25·5%);

e) stwardnienie trzustki 12 razy (22%);

f) powiększenie śledziony 10 razy (18%);

g) zmiany w nadnerczu 8 razy (15%);

h) zmiany w mózgu 3 razy;

i) zapalenie otrzewny 3 razy.

Pokazuje się zatém, że moje dawniejsze twierdzenie że w przeważnéj liczbie przypadków kiła dziedziczna w wewnętrznych organach zawdzięcza ojcu powstanie swoje, jest zupełnie uzasadnioném. (*Wiener med. Blätter* Nr. 37, 1881). *A. Z.*

E. Hofmann, Kratter, Ludwig: **O tłuszczowosku.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 39).

Drudzy, nie wykluczając wcale tworzenia się tłuszczowosku z tłuszczów neutralnych (glicerydów), dowodzą atoli, że i z istoty białkowatéj tkanin powstać może. W obozie tym spotykamy się z nazwiskami Quaina, Virchowa, Kühnego, Voita i innych; do nich przyłączył się w ostatnim czasie Dr. Jul. Kratter, docent w Gracu, w rozprawie p. t. *Studien über Adipocire,* umieszczonéj w *Zeitschrift f. Biologie,* t. XVI z r. 1880 (osobna odbitka w 8ce, str. 38 z 3 tabl.). Robił on doświadczenia na odnogach ludzkich, które w czystych cylindrach szklanych przez kilka miesięcy trzymał we wodzie o ciepłocie 11—14°., obserwował bieg rozpadu, a wreszcie po zmydleniu badał masę tłuszczowoskową pod drobnowidem. Wynik badań jest następujący: 1) We wszystkich badanych cząstkach, tak w skórze, jakoteż w pokładzie tłuszczowym, w kościach i mięśniach z jednéj strony znaleźć jeszcze można niewątpliwie mniéj lub więcéj zmienione ślady utkania pierwotnego, z drugiéj zaś strony sama istota tłuszczowa choć z grubsza przedstawia formy utkania, z którego powstała, tak że z pewnością rozróżnić można na podstawie histologicznéj rozmaite rodzaje tłuszczowosku, jak: tłuszczowosk skórny, tłuszczowy, kostny, mięśniowy, a więc rodzaje, które zdają się różnić między sobą nietylko pod względem zachowania się mikroskopowego, ale i składu chemicznego. 2) Szczególniéj ważną zdaje się być obecność resztek mięśni w tłuszczowosku oraz wykazanie pewnych postaci przejściowych. O ile możebném jest rozwiązanie kwestyi fizyjologiczno-chemicznéj przez badanie drobnowidowe, sądzi K., że dostarczył dowodu, iż w rzeczy saméj istoty białkowate przemienić się mogą w tłuszczowosk. Za możebnością przemienienia się ciał białkowatych w tłuszcz, zdaniem Kr., przemawiają nadto następujące okoliczności: 1) proces chemiczny przy „dojrzewaniu sera“, przyczém nastąpić ma pomnożenie się tłuszczu; 2) tworzenie się tłuszczu z twarogu przy dłuższém staniu mleka; 3) pojawienie się kwasów tłuszczowych, jak masłowego, baldryjanowego, przy gniciu istot białkowatych; 4) tworzenie się tłuszczu z organów umieszczonych w jamie brzusznéj zwierząt (jak np. z mud, soczewek, krwi, mięśni żabich); 5) zwyrodnienie

tłuszczowe; 6) wzmożenie się warstwy tłuszczowéj kosztem białka pokarmów. Bieg saponifikacyi według Kr. jest następujący: Naprzód występuje zgnilizna połączona z utratą przyskórka, późniéj zmydlenie tkanki tłuszczowéj podskórnéj i wszystkich innych istót tłuszczowych, przyczém sprawa posuwa się na zewnątrz aż do zmydlenia skóry; wreszcie dopiero przeobraża się tłuszczowo istota mięśniowa, przyczém sprawa powoli postępuje w głąb. Najprędzéj w 4 tygodnie po pojawieniu się zgnilizny rozpoczyna się proces saponifikacyi.

Podczas gdy Dr. Kratter na podstawie powyższych rezultatów uważa kwestyję jako rozstrzygniętą, prof. E. Ludwig w Wiedniu w ostatnim zeszycie *Real-Encyclopädie* (Bd. VIII, str. 209—219) zestawia wszystkie dotychczasowe prace o tłuszczowosku a na podstawie swych doświadczeń, umyślnie czynionych, poddaje krytyce dowody Krattera. Przedewszystkiém zbija dowód jego 3ci, ponieważ kwas masłowy i baldryjanowy wcale nie są owemi kwasami tłuszczowemi, które wchodzą w skład tłuszczowosku. Następnie podnosi zarzut, oddawna już czyniony teoryi tworzenia się tłuszczowosku z mięśni, że się dotąd nikomu nie udało otrzymać tłuszczowosk z istoty białkowatéj czystéj, wolnéj od tłuszczu, jeżeli się istotę białkowatą poddaje takim warunkom, wśród których organa w tłuszcz zamożne dostarczają tłuszczowosku. Również twierdzenie, które Blondeau w r. 1864 wygłosił, jakoby przy dojrzewaniu sera Roquefort sernik zamieniał się w tłuszcz, względnie w wyższe kwasy tłuszczowe, według doświadczeń Siebera okazało się mylném; odpada więc i 1szy dowód Krattera. Stanowczo przeciw powstawaniu tłuszczowosku z białka oświadcza się także Nencki. Zdaniem Ludwiga przeto przypuszczenie, jako i ciała białkowate biorą udział w powstaniu tłuszczowosku, dopóty pozostanie przypuszczeniem, dopóki przez niewątpliwe doświadczenia usuniętym nie zostanie zarzut, że przemienienie się białka w tłuszcz jest niemożebném.

Z tego poglądu wynika, że pomimo licznych usiłowań kwestyja z jakiego materyjału i jaką drogą tworzy się tłuszczowosk, pozostaje i nadal otwartą. *L. B.*

Wiadomości pomniejsze.

(A. K.) **Związek chorób ucha z chorobami oka** stwierdził Dransart w kilku przypadkach. U dwóch chorych, którzy cierpieli na zapalenie rogówki i tylne przyczepienia tęczówki, rozwinęło się przytępienie słuchu, które ustąpiło po iredektomii. Dziecko cierpiące na kiłę dziedziczną uległo zapaleniu rogówki po uderzeniu grudką śniegu w oko, jednocześnie zauważono osłabienie słuchu odpowiedniego ucha. Pewien młody człowiek postradał w skutek urazu prawe oko, oraz słuch po stronie prawéj; uderzony w oko lewe utracił on wzrok i słuch po stronie lewéj. Jeden chory cierpiał na jaglicęi tępość słuchu; ile razy w skutek kuracyi poprawiał się wzrok,tyle razy słuch stawał się lepszym. (*Annales d'ocul. LXXXIV*).

(A. K.) Dr. C. Paul stosuje chorym na dur **lewatywy z resorcynem** (0,1%), po 2 dziennie i osięga prócz zupełnego obezwonienia odchodów, oraz zmniejszenia się znaczne ilości stolców. Przepłukiwanie pochwy tym samym rozczynem w raku szyi macicznéj niszczy smród tak dokuczliwy dla choréj i otoczenia. (*Bull. et mém. de la soc. de thérap.* 30 czerwca 1881).

(A. K.) Dr. Calleja **leczy biegunkę salicylanem sodowym** na téj podstawie, że zawierające się w jelitach wytwory gnilnego rozkładu często są jedyną przyczyną biegunki. Salicylan sodowy zapobiega rozkładowi, nie psując trawienia; środek ten należy podawać tak długo, aż ustanie smrodliwość wypróżnień kałowych: Calleja podaje 3.0 salicylanu sodowego dziennie, w 2 lub 3 dawkach; miał on otrzymać świetne wyniki w leczeniu biegunki suchotników, a osobliwie po dysenteryi. (*Revista de med. y cirurgia practicas* Nr. 123 i 124).

(A. K.) **Bromek potasu, jodek potasu i wodnik chloralu** stósował prof. Renzi **w chorobach serca** z następującym skutkiem: Bromek potasu zmniejsza duszność, uspokaja, sprowadza sen dłuższy i spokojniejszy; liczba tętna i oddechów zmniejsza się, ale niestety kaszel staje się przykrzejszym i częstszym. Więcéj korzyści spostrzegał Renzi od jodku potasu; szczególnie oddech staje się rzadszym, a duszność ustaje. Chloral w małych dawkach sprowadza sen u niemogących spać, nie wpływa jednak na zmniejszenie duszności; natomiast wywołuje senność i ociężałość, które skłaniają do zaniechania tego leku. (*Siécle méd.* 1881).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie VIII z dnia 20go kwietnia 1881 r.

Przewodniczący kol. prof. Domański; Członków obecnych 30.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. Kułakowski odczytał rzecz o przypadku torbiela gruźliczego nerek (umieszczoną w Nrze 28 Przegl. Lek.) W dyskusyi nad tym przedmiotem zwrócił uwagę prelegenta kol. Pisek, że nie Ponfick, lecz Weigert pierwszy wykazał gruzełki w przewodzie piersiowym. Kol. Kułakowski stanowczo temu zaprzecza. Kol. Paszkowski zapytuje się prelegenta, czy w omówionym przypadku badano przez prostnicę, lub może znaleziono przy tém naciek w pęcherzykach nasiennych; to bowiem jest najważniejszym przypadem rozpoznawczym gruźlicy dróg moczowych, inne zaś przypady są bardzo niepewne. Kol. Pisek odnośnie do pęcherzyków nasiennych podaje, że w gruźlicy w ogóle nie tak często się wydarza, żeby pęcherzyki nasienne były zmienione, w gruźlicy zaś dróg moczowych najczęściéj rzeczywiście znajdujemy także gruźlicę pęcherzyków nasiennych. Nawet jak się kol. Pisek przekonał, zwyrodnienie pęcherzyków nasiennych może byc daleko posunięte, lubo ani w moczowodach, ani w nerkach, ani wreszcie w jądrach zmian gruźliczych nie można było wykazać. Kol. P. zwraca się następnie do twierdzenia Weigerta, który powiada, że prawie w każdym przypadku ogólnéj gruźlicy znachodzą się gruzełki w przewodzie piersiowym: późniéj twierdzenie to atoli sam W. znacznie ograniczył. Kol. P. osobistym był świadkiem, gdy Weigertowi mimo mozolnych poszukiwań w jednym przypadku ogólnéj gruźlicy nie udało się wykazać gruzełków w przewodzie piersiowym; wreszcie zapytuje się kol. prelegenta, co rozumie przez gruźlicę wrodzoną?

Kol. Kułakowski w odpowiedzi kol. Paszkowskiemu podaje, że niechodziło o stwierdzenie gruźlicy pęcherzyków, lecz o to czy jest w nerkach, gdyż w przyjądrzu i pęcherzykach znaleziono ją niewątpliwie. Co się tyczy zapytania kol. Piska odpowiada, że rozumie przez to wyrażenie wrodzoną skłonność do jéj nabywania i że pod wpływem wrodzonego niejako jadu gruźliczego organizm nierozwija się odpowiednio, co jest przyczyną znanego *habitus phthisicus*.

Kol. Pisek nie może się zgodzić na wywody kolegi prelegenta; *habitus* bowiem *phthisicus* najczęściéj jest już skutkiem spraw chorobowych przewłocznych zazwyczaj w płucach a nie dopiero ich przyczyną. Tylko w tym przypadku, jeżeli prelegent równoznacznie użył wyrażeń *hab. phth.* z wyrażeniem *tuberculosis congenita*, dałaby się nieco nazwa ta usprawiedliwić; zresztą jednak na wyrażenie „gruźlica wrodzona“ żadną miarą zgodzić się nie można. — Kol. Kułakowski przypuszcza, że przyrzut gruźlicy jest wprawdzie wrodzony, może nie ma jednak warunków

do rozwinięcia się u noworodka i dopiero z wiekiem ich nabywa, przez co przychodzi do wybuchu choroby. — Kol. Lutostański staje w obronie tego twierdzenia, opiera się bowiem na wiadoméj okoliczności, że z rodziców gruźliczych rodzą się dzieci gruźlicze; już zatém w noworodku może tkwić zarazek, który się późniéj rozwija, jakkolwiek przez odpowiednie wychowanie wybuch choroby można opóźnić lub nawet całkiem usunąć. Kol. L. skłania się przeto zupełnie do twierdzenia Cohnheima, że początek nowotworu jest wrodzony. Kol. Pisek wracając jeszcze raz do kwestyi gruźliczéj, widzi, że mowcy identyfikują zołzy z gruźlicą, które ściśle jednakowoż rozróżnić jeszcze trzeba, przynajmniéj dopóki sprawa gruźlicy jaśniejszą nie będzie. Przez zołzy należy rozumieć chorobę dającą się ściśle anatomicznie zdefiniować, mianowicie należy przez nią rozumieć tę nadmierną wrażliwość ustroju i oddziaływanie tkanek nawet na mniejsze bodźce nadmierną produkcyją komórek, które okazują dążność do szybkiego wstecznego przeobrażania się. Tak pojmowane zołzy są odrębną zupełnie jednostką chorobową o tyle z gruźlicą w związku będącą, że we wielu przypadkach stanowią tło, na którém rozwinąć się może gruźlica. Jeżeli prelegent, jak z objaśnień jego zdaje się, że wynika, rozumie przez gruźlicę wrodzoną owo usposobienie zołzowe, które w istocie bywa nieraz wrodzone, to nie powinien był użyć wyrażenia „gruźlica“. Kol. Warschauer podnosi tę okoliczność, że niezawsze *habitus phthisicus* jest wynikiem sprawy chorobowéj toczącéj się w organizmie, gdyż bardzo często napotyka się w praktyce ludzi, którzy mają wyraźny *h. ph.* a mimo to nie ma u nich suchót a nawet do nich nie przychodzi. Kol. Obaliński w dłuższéj przemowie wykazuje, że wyrażenie to gruźlica wrodzona nie jest tak nieracyjonalném, jak się wydaje, tém bardziéj, że kwestyja gruźlicy jest jeszcze kwestyją otwartą. Kol. Pisek zwraca uwagę na to, że wielu wprawdzie nie przyjmuje téj różnicy wyżéj podanéj, dla uniknienia przeto jeszcze większego chaosu w kwestyi i tak już zawiłéj należy rozróżnić gatunki przeobrażeń sérowatych, mianowicie masę sérowatą specyficzną czyli gruźliczą i masy sérowate niespecyficzne reprezentujące w ogóle wsteczne przeobrażenie produktów zapalnych. Jeżeli w ustroju w obec mas sérowatych wykażemy gruzełki lub jeżeli masa sérowata przeszczepiona niewątpliwie sprowadza gruźlicę, natenczas uprawnieni jesteśmy do nazwania jéj specyficzną czyli gruźliczą, w żadnym innym przypadku nie może być mowy o gruźlicy. Kol. Paszkowski sprzeciwia się również wyrażeniu gruźlica wrodzona, chyba że przez ten wyraz rozumieć należy organizm zdolny do cierpień kataralnych, słabo odporny na bodźce zewnętrzne, a z drugiéj strony znów silnie oddziaływający na bodźce zapalne. Kol. Kułakowski zapytuje się kol. Piska, jak wytłumaczy gruźlicze zapalenie opon mózgowych, jeżeli nigdzie nie znajdzie ogniska sérowatego. Kol. prof. Rydel zwraca uwagę na to, że trzeba położyć różnicę między pojęciami wrodzony a dziedziczny, tak np. zaćma może być wrodzoną lub dziedziczną, wrodzoną jeżeli dziecię z takową na świat przyjdzie, a dziedziczną, jeżeli w pewnéj familii członkowie tejże w pewnym okresie życia nabywają zaćmy. Kol. Pisek w odpowiedzi kol. Kułakowskiemu, jak wytłumaczyć gruźlicze zapalenie opon mózgowych, jeżeli nie znaleziono nigdzie ogniska sérowatego, odpowiada słowami Buhla: żeśmy w takim razie źle szukali. Przypadki takie są niezbyt rzadkie. Kol. P powiada daléj, że może sprawdzi się przypuszczenie Weigerta, cytowane przez Cohnheima w broszurze: *Die Tuberculose vom Standpunkte der Infectionslehre*, że nieraz owrzodzenie błony śluzowéj nosa dają początek gruźlicy opon (przez blaszkę sitową). Tu również należą przypadki ostréj prosówkowéj, ogólnéj gruźlicy pod objawami gorączki tyfoidalnéj przebiegającéj, gdzie ognisk sérowatych niemożemy wykazać, gdzie zatém zmuszeni jesteśmy przypuścić infekcyję jakimś jadem z poza ustroju pochodzącym.

Dr. Balicki,
sekretarz.

Posiedzenie IX z dnia 4 maja 1881 r.

Przewodniczący: kol. Jordan; Członków obecnych 30.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. prezes w dłuższéj, serdecznéj przemowie podnosi zasługi śp. prof. Dra Stanisława Janikowskiego około rozwoju naszego Towarzystwa; zgromadzeni przez powstanie uczcili pamięć Zmarłego.

3) Następnie poruszył tenże sprawę mającego odbyć się Zjazdu; nad tym przedmiotem wzięli udział w nader ożywionéj dyskusyi koledzy: prof. Blumenstok, Domański, Oettinger, Obaliński, Warschauer, Ściborowski i Pisek.

4) W końcu zawiadamia kol. Jordan, że komitet Towarzystwa zaleca w miejsce ś. p. prof. Janikowskiego do komisyi słownikowéj wybór koll. proff. Domańskiego i Rydla; do komisyi miejskiéj sanitarnéj kol. prof. Domańskiego, a kol. Paszkowskiego jako biblijotekarza; członkowie z zadowoleniem przyjmują propozycyję komitetu.

5) Kol. Lutostański odczytał rzecz: „O znaczeniu badań wody gruntowéj dla miasta Krakowa“. Dla spóźnionéj pory odłożono dyskusyję nad tym przedmiotem do następnego posiedzenia.

Dr. Stanisław Balicki, sekretarz.

VI. Srodki lecznicze używane obecnie w Kissingen.

Według własnych spostrzeżeń
opisał Dr. W. Jaworski.

(Dokończenie. Patrz Nr. 39).

Tutejszym kąpielom borowinowym przypisuję szczególniejsze działanie w skutek znacznego zasobu kw. węglowego, gdyż do utworzenia ich używają solanki obfitującéj w ten gaz. To téż mają one działać więcéj drażniąco na skórę, niż gdzieindziéj. W celu wzmocnienia kąpieli borowinowych dodają tu do nich wyciągu borowinowego zgęszczonego, otrzymywanego przez wyługowanie borowiny wodą i częściowe odparowanie. Czy tak wzmocniona kąpiel jest w swém działaniu skuteczniejszą, w téj kwestyi nie ma jeszcze ściśléj szych doświadczeń.

Należy tu jeszcze wspomnieć o tak zwanéj soli Rakoczego (*Rakoczy-Salz*) Dra Edm. Dirufa, mięszaninie sztucznéj, złożonéj na wzór składników stałych wody mineralnéj, mającéj przez użycie w ilości 1—2 łyżeczek własności przeczyszczające. Ponieważ w téj mięszaninie przeważa tylko sól kuchenna (warzonka) a siarkan sodowy i magnowy w bardzo małéj ilości się znajdują, należałoby jéj zastósowanie i u nas polecać szczególniéj tam, gdzie przez długi czas wypada podawać środki przeczyszczające, przynajmniéj na przemian ze solą karlsbadską [1]). Soli téj można nabyć u Ernesta Ihla Ludwigs-Apotheke in Kissingen, po cenie 2 marek za flakonik o 150 grm.

Do pomocniczych środków leczniczych należy jeszcze zaliczyć pewne zachowanie dyjetetyczne zalecane szczególnie

[1]) Obecnie w Karlsbadzie zamiast parowania wody sprudlowéj do krystalizacyi zaczynają otrzymywać nową sól karlsbadską przez zgęszczenie wody sprudlowéj, odsączenie osadu, odparowanie przesączu do suchości i przeprowadzenie kw. węglowego przez pozostałość. Podczas gdy dawna sól karlsbadska przedstawiała krzyształy zawierające wyłącznie (98.5%) siarkan sodowy, to nowa sól karlsbadska przedstawia się jako proszek biały, smaku słonego i zawiera na 100 części stałych

Węglanu sodowego kwaśnego . . .	35.95
Siarkanu sodowego . . . . . . : .	42.03
Chlorku sodu	18.20
Węglanu litowego kwaśnego . . .	0.39
Boranu sodowego	0.07
Fluorku sodu	0.02
Siarkanu potasowego	3.25

zatém składniki w tym stosunku, w jakim się znajdują w wodzie saméj z wyjątkiem węglanów żelaza, manganezu, wapniu i magnu. To też skutek leczniczy téj soli będzie odmienny, (ale zawsze korzystniejszy) od dotąd używanéj. 5.5 gr. nowéj soli odpowiadają ilości ciał stałych zawartych w jednym litrze wody sprudlowéj i zbliżają się w swym składzie chemicznym, smaku i wejrzeniu do soli Rakoczego.

przy użyciu zdroju Rakoczego. Tradycyja wyrobiła tu z czasem stałą dyjetę w używaniu pokarmow, która jednak jest dość liberalną i wyklucza tylko pokarmy, bądź jako niestrawne uznane, bądź też tłuste, bądź podniecające i zadrażniające przewód pokarmowy. Wzbronione przeto są: mięso wieprzowe, kaczka, gęś, ryby; groch, bób, kapusta, ziemniaki, sałata, rzodkiew, ogórki, surowe owoce, migdały, melony, słodycze; masło, tłuste pieczywo, ser; mocne wino, likwory, limonijady. Jednak polecają małe ilości słabego wina (tutaj najczęściéj miejscowe wino *Saalwein* jest w użyciu), jako też piwa osobom ze złem odżywieniem w godzinach poobiednich.

Liczba lekarzy jest tu niezbyt wielka, bo trzynastu, a chorych rocznie przeszło 10.000 (dotąd już wynosi liczba 11.500). Z lekarzy (z których żaden nie włada językiem ani polskim ani rosyjskim, na co wielu pacyjentów uskarżających się słyszałem), uchodzą między publicznością za powagi: Drowie: Gatschenberger, Sotier, Bayerlein, Diruf (lekarz ks. Bismarka), Welsch. Co do narodowości gości kąpielowych, to przeważają tu Niemcy północni, potém idą Anglicy, Rosyjanie i kilkuset Polaków, reprezentujących wszystkie części Polski z wyjątkiem Galicyi, z któréj w tym roku dotąd nikt nie przybył.

Znajdują się tu w miejscu jeszcze dwa zakłady leczniecze: pneumatyczny Dra Dieza i wodoleczniczy Dra Isinga.

Pierwszy z nich posiada przyrząd do wziewań systemu Drów Geigla i Mayera z Würzburga dla wdychiwania powietrza zgęszczonego i rozcieńczonego. Jest to przyrząd służący do oddychania przez zwyczajne wkładanie nasady kauczukowéj na usta i nos a sposób zgęszczania i rozrzedzania powietrza polega na tém, że we walcu napełnionym powietrzem i wodą za pomocą obrotu wewnątrz znajdującego się szuflowatego koła woda albo wchodzi lub ustępuje do podobnego naczynia z pierwszém połączonego. Ten przyrząd ma to dobrego, że robiąc za pomocą niego doświadczenia nhalacyjne można nasycać wodę to gazami różnemi to cieczami łatwo ulatniającemi się, gdyż w skutek szybkiego obrotu koła lotne części łatwo rozpraszają się z wody w powietrzu. Zwykle daje Dr. Diez do walca zamiast wody czystéj solankę lub roczyn salmiaku. Innym rodzajem wdychań w tym zakładzie używanym jest wdychiwanie azotu, otrzymanego z powietrza przez przeprowadzenie go przez roczyn siarkanu żelazowego i opiłek żelaznych, które są umieszczone w beczkach w piwnicy. Tak otrzymany azot bywa wprowadzony do podwójnego przyrządu Waldenburga i znanym sposobem wdychiwany, szczególnie w suchotach płuc.

Zakład wodoleczniczy Dra Isinga z pomieszczeniem na 40 chorych dogodnie urządzony, jest wzorowo i umiejętnie prowadzony podług systemu Winternitza. Wody słodkiéj używają tu w postaci kąpieli zimnéj i ciepłéj, jako natrysków zimnych i ciepłych i jako łaźni parowéj z następowemi obwijaniami napotnemi. Do picia zaś polecają miejscową wodę mineralną. To podwójne użycie dwóch tak dzielnie działających środków leczniczych wywołuje w krótkim czasie energiczną odnowę ustroju, a Dr. Ising twierdzi, że najlepsze wyniki otrzymuje w zołzach szczególnie we formie otrętwiałéj i w hipochondryi bez widocznych zmian anatomicznych.

Porównywając własności i skutki lecznicze środków tutejszych z używanemi w Karlsbadzie, sądzę, że wiele przypadków chorobowych, które wysyła się do Karlsbadu, nadawałyby się do leczenia zarówno a nawet lepiéj w Kissingen. Tu szczególniéj należy nadmienić, że chorych z rozmaitemi nieżytami a równocześnie pewnemi komplikacyjami jak: wynędznienie ogólne, niedokrewność, choroby narządu oddechowego lekkiego stopnia, zołzy, lepiej posyłać do tutejszych wód zjędrniających słono-żelezistych, aniżeli do osłabiających karlsbadskich. Także jest mniemaniem tutejszych lekarzy, iż woda tutejsza działa przeważnie na odleglejsze drogi przewodu pokarmowego i w nieżytach tychże lepszy wywiera skutek, niż woda karlsbadska, która z powodu swéj wysokiéj ciepłoty swoistéj ma wpływ przeważnie w pierwszych częściach przewodu pokarmowego. Przy wyborze między Kissingen a Karlsbadem powinien lekarz uwzględnić jeszcze inny uboczny czynnik, a mianowicie o wiele świeższe powietrze między rozległemi ogrodami i winnicami jako też równe chodniki, drogi do przechadzek w obszernéj kotlinie rzeki Saali w porównaniu do wąwozu karlsbadskiego, zewsząd stromemi skałami ścieśnionego, gęsto zaludnionego, które to okoliczności dla chorych podupadłych na siłach nie mogących się wspinać po wzgórzach dla zaczerpnięcia czystego powietrza mają wielkie znaczenie. Ostatecznie jeżeli potrzeba uwzględnić stronę finansową, to i pod tym względem obydwa zakłady od siebie się różnią, gdyż przy tych samych warunkach i wygodach żyje się w Kissingen prawie o połowę taniéj niż w Karlsbadzie.

W Kissingen w sierpniu 1881.

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* Oprócz Sprawozdania, którego główne natępy w numerach poprzednich podaliśmy, Wydział krajowy przedłożył Sejmowi jeszcze następujące wnioski:

1) Obszerne sprawozdanie w przedmiocie funduszów i budowy szpitala Śgo Łazarza w Krakowie. Sprawozdanie to jest skutkiem uchwały zapadłéj w Sejmie w d. 30 września 1878 r., mocą któréj polecono Wydziałowi krajowemu, aby zbadał gruntownie cel i przeznaczenie wszystkich fundacyj i legatów należących do szpitali św. Łazarza i św. Ducha w Krakowie, oraz aby wyświecił stósunek funduszu krajowego do majątku tychże szpitali, przedstawił dokładny rachunek kosztów budowy, wyjaśnił, na jakich funduszach ciąży obowiązek opędzania kosztów budowy, a nakoniec podał projekt refundowania umorzonych kapitałów szpitalnych, o ile to wynika z postanowienia pierwiastkowych fundacyj.

Wydział krajowy podjął się olbrzymiej pracy i przeprowadził ją z uznania godną gruntownością. Historyja i tytuły prawne poszczególnych sum, będących własnością szpitali, zestawione są w operacie kilka arkuszy druku obejmującym w sposób tak jasny, że wątpić nie wypada, iż Sejm zgodzi się na wnioski do których Wydział ostatecznie dochodzi. Wnioski te zaś są następujące;

Wysoki Sejm raczy uchwalić: I. W celu refundowania kapitałów wziętych z funduszu szpitala św. Łazarza na budowę szpitala w kwocie 376.711 zł. 37 ct. wstawioną będzie w budżet krajowy począwszy od r. 1883 co rocznie przez lat 21 kwota 10.000 zł. Kwota ta fruktyfikowaną będzie jako fundusz oddzielny i dopiero po uzupełnieniu jéj do wyżéj wyrażonéj cyfry zostanie oddaną szpitalowi św. Łazarza jako majątek fundacyjny. II. Zaliczki, udzielone z funduszu krajowego na budowę tego szpitala, zostają umorzone. III. Upoważnia się Wydział krajowy do wydzielenia z funduszów szpitala św. Łazarza funduszów zapisanych na podrzutków i do utworzenia z nich funduszu samoistnego.

2) Sprawozdanie w przedmiocie zamianowania Dra Jana Szeparowicza stale prymaryjuszem oddziału chirurgicznego w krajowym szpitalu we Lwowie.

Gdy sprawa ta zapewne nie dla wszystkich kolegów jest jasną, bo nie wszyscy wiedzą, dla czego Dr. Szeparowicz dotąd nie jest stałym prymaryjuszem, gdy nadto rzecz tyczy się zasłużonego, dawnego współpracownika naszego, uważamy sobie za miły obowiązek, podać dosłownie sprawozdanie, tyczące się jego

osoby, tyle dla niego pochlebne, a podpisane przez marszałka krajowego Dra Zyblikiewicza i członka Wydziału Dra Hoszarda:

„Wysoki Sejmie! Dr. Szeparowicz mianowany dekretem Wydziału krajowego z 4 stycznia 1876 l. 31497 prowizorycznie nadetatowym prymaryjuszem w oddziale chorób zewnętrznych w krajowym szpitalu we Lwowie jest jednym z najdawniejszych lekarzy tego szpitala. Pełnił obowiązki od roku 1868—1874 jako asystent w klinice chirurgicznéj przy b. szkole medyczno-chirurgicznéj aż do jéj zamknięcia, — od 20 stycznia 1871 jako sekundaryjusz w I oddziale chirurgicznym w służbie krajowéj, następnie od 28 listopada 1874 jako sekundaryjusz w oddziale chirurgicznym powstałym z połączenia dwóch oddziałów chirurgicznych w jeden oddział, od 21 marca 1875 jako kierownik oddziału chirurgicznego po nagłéj śmierci ś. p. Dra Molendzińskiego, wreszcie od 4 stycznia 1876 jako nadetatowy prymaryjusz w tymże oddziale chirurgicznym, w którym to charakterze pozostaje aż do obecnéj chwili.

Etatem z 22 maja 1875 Wysoki Sejm ustanowił sześć posad prymaryjuszów dla krajowego szpitala lwowskiego. Wydział krajowy ze względu, że w szpitalu lwowskim przed ustanowieniem nowego etatu było już sześciu prymaryjuszów, a oddział chirurgiczny prowadzony przez Dra Szeparowicza jako jeden z najważniejszych w szpitalu nie mógł pozostać bez prymaryjusza i być pozbawionym takiego operatora, jakim jest Dr. Szeparowicz, zamianował przy wprowadzeniu nowego etatu sześciu dawnych prymaryjuszów stałymi, a Dra Szeparowicza prowizorycznie nadetatowym prymaryjuszem dla oddziału chirurgicznego i usprawiedliwił to zarządzenie w sprawozdaniu z dnia 22 lutego 1876 l. 1942. Wysoki Sejm uchwałą z 26 kwietnia 1876 przyjął fakt ten do wiadomości, zastrzegając tylko, ażeby posada jednego sekundaryjusza dopóty ani prowizorycznie, ani stale obsadzoną nie była, dopóki sprawa prymaryjuszów zgodnie z etatem załatwioną nie będzie. Postanowieniu temu Wysokiego Sejmu dotychczas stało się zadość, gdyż posada sekundaryjusza obsadzoną nie została, a Dr Szeparowicz pozostaje dotąd w szpitalu jako prowizoryczny nadetatowy prymaryjusz. Z tego powodu wniósł Dr. Szeparowicz pod d. 9 września b. r. przedstawienie poparte jak najusilniéj przez Dyrekcyję szpitala z prośbą o wyjednanie u Wysokiego Sejmu ustalenia go na zajmowanéj dotychczas posadzie prymaryjusza.

Ze względu, że Dr. Szeparowicz jest jednym z najstarszych lekarzy szpitala lwowskiego, że posada prymaryjusza oddziału chirurgicznego jest niezbędną dla szpitala; że Dr. Szeparowicz spełnia obowiązki swoje z pożytkiem dla chorych i dla zakładu, i że jest w całém słowa znaczeniu znakomitą siłą tegoż zakładu; że słusznie wymaga, żeby jego pozycyja ustaloną została, zwłaszcza, że przez stabilizacyję Dra Szeparowicza nie poniesie fundusz krajowy żadnego nowego ciężaru, gdyż pobierać on będzie tę samę płacę i te same dodatki, co obecnie; z uwagi nareszcie że aby zadość uczynić postanowieniu etatu, pierwsza opróżniona posada prymaryjusza nie będzie obsadzoną; Wydział krajowy wnosi: Wysoki Sejm raczy uchwalić: „Sejm upoważnia Wydział krajowy do zamianowania Dra Jana Szeparowicza stałym prymaryjuszem w oddziale chirurgicznym w krajowym szpitalu we Lwowie.“

3) Sprawozdanie w przedmiocie statutu dla zakładu zdrojowego Krynicko-Słotwińskiego.

Wydział przedkłada ustawę dla powyższego zdrojowiska prosząc o jéj uchwalenie przez Sejm. Statut prawie dosłownie ten sam, co statut przedłożony w r. 1878, a który Czytelnicy znajdą w Nrze 36 Przegl. Lek. z r. 1878. W projekcie obecnym jedna tylko zachodzi zmiana w § 4, a mianowicie dodany jest ustęp *f)*, wedle którego w skład komitetu zdrojowego wchodzi także „Delegat przez Wydział krajowy mianowany.“

W sprawie Krynicy otrzymaliśmy także następujące pismo:

Szanowny Kolego Redaktorze!

Grono lekarzy ze wszystkich niemal części Polski, bawiących podczas tegorocznéj pory kąpielowéj w Krynicy, zebrało się za inicyjatywą Dra Stanisława Markiewicza z Warszawy w liczbie jedynastu celem zastanowienia się nad niedostatkami i niedogodnościami w urządzeniach zdrojowych i stosunkach sanitarnych zakładu krynickiego. Na dwóch posiedzeniach odbytych pod mojém przewodnictwem w dniu 9 i 16 sierpnia rb. rozbierano szczegółowo podnoszone przez pojedynczych członków zgromadzenia uwagi, dotyczące Zdrojowiska krynickiego i postanowiono w końcu jednomyślnie przedstawić Wysokiéj Dyrekcyi lasów i domen w Bolechowie, jako właściwéj władzy przełożonéj, obszerne memorandum, obejmujące w dwunastu rozdziałach wszystkie ulepszenia, jakieby zdaniem obradujących w urządzeniach Zakładu krynickiego zaprowadzić należało, aby to Zdrojowisko, tak hojnie od przyrody uposażone, odpowiadało słusznym wymaganiom lekarzy i chorych.

W odpowiedzi na to memorandum otrzymałem od W. Dyrekcyi lasów i domen załączone pismo, o którego ogłoszenie w łamach Przeglądu Lek. upraszam Cię, Szanowny Kolego, najuprzejmiéj, a tém śmieléj, ile że z jednéj strony tą tylko drogą podać je mogę do wiadomości Kolegów, którzy razem zemną memorandum podpisali, a z drugiéj strony nie wątpię, że ogół lekarzy z żywą radością powita tak ważne oświadczenie władzy, w któréj rękach dalszy rozwój i przyszłość jednego z pierwszych naszych zdrojowisk spoczywają. Racz Szanowny Redaktorze przyjąć zapewnienie szczerego poważania i koleżeńskiéj życzliwości.

Kraków 27 września 1881 *Prof. Dr. Rydel.*

C. k. Galicyjska Dyrekcyja lasów i domen L. 9721/81.

Do Wielmożnego Pana Lucyjana Rydla Dra medycyny i c. k. p. zw. Profesora Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie.

Przyjmując do wiadomości szanownem pismem z dnia 16 sierpnia rb. udzielony wynik konferencyi P. T. pp. lekarzy, odbytéj dnia 9 sierpnia rb. w Krynicy, a mianowicie przytoczone uwagi i wyrażone życzenia, składa c. k. Dyrekcyja P. T. pp. lekarzom do rąk Wielmożnego Pana Profesora podziękowanie za objawioną dla Krynickiego zakładu zdrojowego sympatyję, z tém zapewnieniem, iż objawione zdania prawie w zupełności podziela a przeto i nadal w miarę rozporządzalnych środków o jak najspieszniejsze usunięcie omówionych niedostatków i w ogóle o postawienie zakładu na stopie odpowiedniéj najnowszym wymogom starać się będzie. C. k. Dyrekcyja uprasza o zakomunikowanie niniejszego pisma pp. członkom konferencyi z uprzejmém wezwaniem, by P. T. pp. lekarze i w przyszłości swe uwagi i życzenia, do których c. k. Dyrekcyja wielką wagę przykłada, objawiać zechcieli.

Bolechów d. 14 września 1881.

(podp.) *Siegler.*

* Od fizyka m. Krakowa kol. Dra Buszka otrzymujemy następujące uwagi nad nowo przejrzaną instrukcyją dla akuszerek:

Ustawodawstwo zdrowotne w państwie rakuskiém należy niezaprzeczenie do najlepszych. Dotkliwie atoli dawała się w niém czuć luka w kierunku zapobiegania chorobom zakaźnym, głównie gorączce połogowéj, którą często przeszczepiać mogą akuszerki. Uzupełnić ma ten brak przejrzana świeżo instrukcyja dla akuszerek, która zawiera cenne wskazówki oparte na dzisiejszym poglądzie na choroby zakaźne co do zachowania się położnych względem położnic.

Instrukcyja przejrzana wylicza przybory, które i w jakim stanie posiadać powinna każda akuszerka; zabrania je pozostawiać u rodzącéj i poleca lekarzowi rządowemu czuwać nad ich utrzymaniem. Rdzenną i stanowczą zmianę dawnéj instrukcyi stanowią ustępy odnoszące się do wskazówek, jak akuszerka może się ustrzedz przenoszenia jadu gorączki połogowéj, pozwolenia co do pomocy dwom rodzącym równoczesnéj jedynie w wyjątkowych przypadkach i nakazu, aby akuszerki prowadziły dokładny wykaz porodów. W dodatku do instrukcyi mieszczą się ustępy pouczające akuszerki, w jaki sposób mogą się uchronić od przenoszenia chorób zakaźnych zwłaszcza gorączki połogowéj, wyliczone są następnie przypadki, w których akuszerka ma wzywać lekarza do brzemiennéj, rodzącéj, położnicy lub noworodka; wyjaśnienie wreszcie jest dołączone, jak należy prowadzić wykazy porodów, w które wglądać każdego czasu wolno każdemu położnikowi.

Może ta instrukcyja bez wątpienia uratować życie wielu ofiarom zabieranym tak licznie u nas przez gorączkę połogową; potrzeba tylko, aby jéj systematycznie nie omijano, jak zwykle przepisy sanitarne. Wprawdzie ma lekarz urzędowy poruczoną władzę dostateczną nad akuszerkami, ma kontrolować przybory i wykazy porodów przez nie prowadzone, jednak sam nie zaradzi złemu, jeżeli położnicy nie rozciągną ścisłego dozoru nad poło-

żnemi, z któremi najwięcéj oni mają styczności i to przy chorych. W pier szym zaś rzędzie ciąży obowiązek na profesorach położnic, aby je gruntownie zaznajomili z instrukcyją i praktycznie zaprawili je do jéj stosowania. Późniéj dopiero lekarz urzędowy czuwać może i powinien nad tém, aby akuszerka nie zapomniała, czego się nauczyć była obowiązaną w klinice

Statystyka epidemij. W tygodniu 36 (do 3 września) ospa w Londynie złagodniała. Świeżo zapadło 99. umarło 22, leczyło się w szpitalach 609. W Wiednin umarło 10, w Budapeszcie 7, w Petersburgu 4, w Saragosie 8, w Paryżu 19. W Paryżu i Petersburgu częstsze pojawiają się przypadki tyfusu. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 13. Sporadyczne przypadki cholery wydarzały się w Barcelonie, Baltimore i Cincinnati. W Rio de Janeiro umarło z febry żółtéj od 16—30 czerwca 8 osób. W tygodniu 37 (do 10 września) umarło w Krakowie: 1 z ospy, 1 z odry, 2 z płonicy, 4 z błonicy, 9 z czerwonki, 1 z róży, a doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku płonicy, 3 krztuśca, 7 duru osutkowego, 9 czerwonki.

Statystyka śmiertelności W tygodniu 36 (do 3 września) umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 46,5; we Lwowie 22,6; w Poznaniu 46,7; w Wiedniu 22,6; w Budapeszcie 37,1; w Pradze 31,7; w Tryjeście 35,7; w Berlinie 26,0; w Wrocławiu 32,6; w Gdańsku 25,4; w Mnichowie 30,1; w Dreźnie 25.3; w Lipsku 20.9; w Bazylei 18,4; w Brukseli 18,8; w Amsterdamie 19,8; w Hadze 30,9; w Paryżu 25,2; w Londynie 16,2; w Kopenhadze 16.4; w Stokholmie 19,2; w Chrystyjanii 12.6; w Petersburgu 44,1; w Odesie 38,6; w Bukareszcie 25,0; w Lizbonie 24,5; w Aleksandryi 45,1; w Nowym Jorku 38,1; w Filadelfii 27,3; w Bombayu 33,2; w Madrasie 40,0. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 29 września. Przed samém zamknięciem Zjazdu w Salzburgu prof. Mosler uczynił wniosek, aby Sekcyja dla chorób wewn. wyznaczyła zaraz komisyję, którąby przygotowała porządek obrad i zajęć sekcyi téj na przyszłym Zjeździe w Eisenach, a mianowicie zestawiła kwestyje będące na czasie, wyznaczyła referentów dla każdéj kwestyi, którzyby po wstępnym wykładzie poddali ją pod rozprawę w sekcyi, a poprzednio za pośrednictwem pism lekarskich postarali się o rozpowszechnienie spraw roztrząsać się mających. Wniosek ten nietylko przyjęty został przez sekcyję, ale już inne sekcyje jak pedyjatryczna i patologiczna, poszły za jéj przykładem. Sekcyja kliniki wewnętrznéj wybrała do grona komisyi przygotowawczéj Ziemssena, Leydena, Littena, Nothnagla i Strümpella, — pedyjatryczna Demmela i Soltmanna, patologiczna Klebsa, Zenkera i Zieglera. Ostatnia już nawet ogłosiła temata, a mianowicie: patologiję systemu żylnego, choroby mykotyczne itd.

W uchwale téj widzimy ważny zwrot ku systemowi praktykowanemu na Zjazdach francuskich itd, a który i na naszym Zjeździe ostatnim okazał się praktycznym. Tylko tym sposobem Zjazdy mogą mieć przyszłość, a musiałyby runąć, gdyby się ograniczano do specyjalnych wykładów i odczytów, które mogą byc bardzo ciekawemi dla wykładającego, ale większego grona lekarzy nie zajmują

* 54ty Zjazd lekarzy i przyrodników niemieckich w Salzburgu. Oprócz wymienionych w Numerze przeszłym znakomitości obecnymi byli na Zjeździe: Meynert i Stórk z Wiednia, Schroff i Remboldt z Gracu, Geber z Klausenburgu, Madurowicz z Krakowa, Mosler, Eulenberg, Schröder z Berlina, Soyka, Zenker, Seitz, Zweifel z Bawaryi, Quincke, Kaltenbach. W ogóle udział zdaje się być nie bardzo licznym.

W Sekcyi lekarskiéj przewodniczyli w pierwszych dwóch dniach Seitz i Quincke. Mówili na tych posiedzeniach: Litten, Stórk, Strümpell, Geber, Israel z Berlina, Loebisch z Insbruka, Quincke, Fleischer, Cube, Seeligmüller i Seitz.

W sekcyi chirurgicznéj wykładali: Albert, Schinzinger, Helferich; w ginekologicznéj: Martin, Bardenheuer, Fischl, Kaltenbach, Bandl, Kuhn, Schröder; w sekcyi dla anatomii patologicznéj przewodniczyli: Zenker, Klebs, Ziegler; oprócz dwóch ostatnich mieli wykłady: Weichselbaum i Chiari z Wiednia; wreszcie w sekcyi anatomii i fizyjologii, w któréj przewodniczyli: Gerlach i Voit, mówili: Gad, Wiedersheim, Gerlach i Knoll.

D. 20 bm. członkowie zjazdu odbyli wycieczkę do pobliskiego Reichenhallu, gdzie podejmowano ich z wielką gościnnością.

Na 2giém posiedzeniu ogólném, odbytém w dn. 21 b. m. mówili: prof. Meynert o prawie ludzkiego myślenia i działania, oraz prof. Weissmann z Fryburga o trwaniu życia. Oba wykłady przyjęto bardzo życzliwie, poczém wybrano miasto Eisenach jako miejsce przyszłego Zjazdu a Dra Matthesa pierwszym przewodniczącym; wreszcie uchwalono wysłać telegram do Cesarzowéj niemieckiéj Augusty, jako protektorki towarzystwa Czerwonego krzyża z powinszowaniem z powodu powrotu do zdrowia

Na ostatniém posiedzeniu ogólném dn. 24 bm, odczytano depeszę Cesarzowéj Augusty z podziękowaniem; poczém prof. Oppolzer miał wykład o prawie przyciągania Newtona a radca lek. Kerschensteiner z Monachijum o Teofraście Paracelsie.

* Jubileusze lekarskie. W Pradze czeskiéj obchodzono temi dniami 25-letni jubileusz działalności Hasnera, jako profesora zwyczajnego okulistyki w uniwersytecie. Prof. Hasner urodził się w Pradze w r 1819, był asystentem prof. Fischera tamże w r. 1848 habilitował się jako docent prywatny, w r. 1852 mianowany został prof. nadzw., w r. 1856 zwyczajnym, w r. 1874 był rektorem uniwersytetu.

Jubileusz 50-letniego zawodu lekarskiego obchodził również przed kilku dniami Dr. Jerzy Varrentrapp, znany i zasłużony higijenista w Frankfurcie n./M. Przy téj sposobności Jubilat otrzymał list odręczny od Cesarzowéj niemieckiéj z powinszowaniem a od Cesarza order korony 2giéj kl.

* Niezmordowany Virchow z Londynu, jak wiadomo, pospieszył na Zjazd antropologów w Salzburgu a ztamtąd na takiż Zjazd w Tyflisie na Kaukazie, gdzie również miał wykład.

* Według nadesłanego nam wykazu w Krynicy do d. 16 bm. bawiło gości 3.864.

* **Lwów**. D. 26 września odsłonięty został pomnik wzniesiony na cmentarzu żydowskim kosztem gminy lwowskiéj dla uczczenia pamięci Bajsera. Pomnik jest z marmuru i zawiera na frontowéj stronie napis polski następujący: „Mojżeszowi Bajserowi, doktorowi medycyny, dobroczyńcy i opiekunowi ubogich, honorowemu obywatelowi i radnemu we Lwowie, urodzonemu 3 maja 1807, zmarłemu 12 października 1880 r. gmina królewsko-stołecznego miasta Lwowa dla uczczenia jego pamięci pomnik ten wystawiła.“

* **Mianowania i odznaczenia.** Docent pryw. i prosektor przy katedrze anatomii patolog. w Królewcu Dr. Baumgarten, mianowany został profesorem nadzw.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 39: J. Kramsztyka: Jaka jest wartość lecznicza peptonów i jak należy się zapatrywać ze stanowiska praktycznego na żywienie za pomocą lewatyw? Zaleskiego: O ile doświadczenia Bonueta i jego następców mają racyję bytu w obec spółczesnego stanu artropatologii (dok.); Gepnera: 10te sprawozdanie lek. z Instytutu oftalmicznego za rok 1880 (dok.) — W *Medycynie* Nr. 39: Rumszewicza: Przyczynek do nauki o wadach rozwojowych oka. III Przypadek podwójnéj źrenicy.

Redakcyja otrzymała:

Dr. L. WOLBERG (w Warszawie): Kritisch-experimentelle Untersuchungen über die Nervennaht u. Nervenregeneration. (Osobne odbicie z Centralbl. f. Chirurg. 1881, Nr. 38. Rzecz czytana na III Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie) in 8vo str. 3.

Tenże: O III Sjezdie polskich wraczej i estestoispytatelei w Krakowie w 8—13 julia 1881 g. (Osobne odbicie z Wracza Nr. 31—33) in 8vo str. 6.

Piśmiennictwo lekarskie. SCHMIDT J. B. Beobachtungen üb. die im Winter 1877/78 in der Kreis-Entbindungs-Anst. zu Würzburg aufgetretenen Erkrankungen an Puerperalfieber. gr. 8. Würzburg, Stabel M. 60.

SORES G. Traité d'optique considerée dans ses rapports avec l'examen de l'oeil. 2 éd. av. fig. 18. Paris, Doin. Fr. 10.

VOGT P. Die chirurgisch. Krankheiten d. oberen Extremitäten. M. 2 Tfln. u. 116 Holzsch. gr. 8. Stuttgart, Enke. M. 8.

WEBER H. u. O. LEICHTENSTERN. Klimatotherapie u. Balneotherapie. gr. 8. Leipzig, Vogel. M. 9.

ALBU J. Milchnahrung und Milchkuren. gr. 8. Berlin, Damköhler. M. 1.
AVRARD. De l'involution incomplète de l'utérus après la grossesse et de ses conséquences. 8. Paris, Delahaye et L.
BADAL. Leçons d'ophthalmologie. Mémoires d'optique physiologique. 8. Paris, Delahaye. Fr. 5.
BALL B. Leçons sur les maladies mentales. Fasc. I. 8. Paris, Asselin. Fr. 5.
BARDOLE H. D'un nouveau taxis forcé. gr. 8. Paris, J. B. Baillierè et fils. Fr. 2½.
BOCKENDAHL J. Generalbericht üb. d. öffentl. Gesundheitswesen d. Prov. Schleswig-Holstein f. d. J. 1879. gr. 4. Kiel, Lipsius et T. M. 3.
BOUZOL. Traitem. du goître kystique p. l. drainage capillaire. 8. Paris, Delahaye et L. Fr. 3.
BREYNARET. Des accidents bronchiques et broncho-pneumoniques d. l. variole. 8. Paris, Delahaye et L. Fr. 3.
BRODIE. Leçons s. l. affections nerveuses locales. 8. Paris, Delahaye et L. Fr. 1½.
BUNGE P. Klinische Beobachtungen üb. d. sympatische Ophthalmie. gr. 8. Halle, Hofstetter. M. 2.
CASSIN P. Recherches cliniques sur l'abuminurie de la grossesse du travail et des suites des couches. 8. Paris, Doin. Fr 2½.
CHARITÉ-ANNALEN. Hrsg. v. d. Kgl Charité-Krankenhauses in Berlin. Red. v. Dr. Mehlhausen. VI. J. M. 5 Tfln. gr. 8. Berlin, Hirschwald. M. 20.
CHARPENTIER. De l'hydramnios. 8. Paris, Delahaye et L. Fr. 3.

Towarzystwo lek. krak. odbędzie we środę dnia 5go bm. w Sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwyczajne, na którém po załatwieniu kilku spraw formalnych 1) kol. prof. Browicz mówić będzie „o zmianach wąglikowych (*mykosis intestinalis*),“ a 2) kol. Doc. Obaliński „o naciąganiu nerwów na podstawie własnych doświadczeń.“

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Ponieważ ciągle nadchodzą zamówienia na Dziennik III Zjazdu Lekarzy i Przyrodników polskich, a nakład Nru 2 tegoż Dziennika jest już zupełnie wyczerpany, innych zaś Nrów posiada Redakcyja także tylko nieznaczny zapas, przeto Wydział gospodarczy uchwalił wydać w m. październiku rb. drugie wydanie Dziennika III Zjazdu Lek. i przyr., jeżeli się znajdzie dostateczna liczba prenumeratorów.

Prenumerata na 2gie wydanie wynosi 2 złr. i przyjmuje ją po dzień 15 października rb. Administracyja Przeglądu Lekarskiego.

Zamówienia, które nadeszły po 26 lipca rb. nie mogły już być uwzględnione, zamawiających zanotowano więc jako prenumeratorów na drugie wydanie.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Ulica Podwale Nr. 84.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Boulv. Voltaire 180, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe. w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 8 października 1881. № 41. Rok XX.

I. Z oddziału położniczo-ginekologicznego profesora Madurowicza w szpitalu św. Łazarza.

Polip łożyskowy. Przyczynek kazuistyczny do rozpoznawania i leczenia krwotoków macicznych.

Napisał Dr. M. Kohn.

Literatura: Kiwisch: Klin. Vortr. I. p. 240. — Scanzoni: Verhandl. d. ph. med. G. zu Würzburg II, p. 30. — Rokitansky: Zeitschr. d. Wien. Aerzte Nr. 33, 1860. — Klob: Path. Anat. p. 266. — Veit: Krkh. d. weibl. Geschl. u. Puerperalkr. 1867. — Hegar: Monatschr. f. Geb. 1861. Juni. — Rheinstaedter: Volkmanns klin. Vortr. Nr. 154, 1878.

Jakkolwiek przypadek poniżéj opisany na każdy sposób należy nie do najczęściéj obserwowanych, to nie tyle jego względna rzadkość skłania mnie do jego ogłoszenia, ileraczéj o to się rozchodzi, aby użyty tu zabieg leczniczy, raz już w tym tygodniku opisany, polecić kolegom dla jego stósowności i zwrócić uwagę na to, jak ważną jest ścisła obserwacyja każdego porodu i poronienia, a zatém obecność lekarza przy takowym.

Przez polip włóknikowy lub łożyskowy rozumiemy polip o utkaniu łożyskowém, czyli innemi słowy guz uszypułkowany, wyżéj lub niżéj w jamie macicy lub jéj szyi wiszący, złożony ze skrzepłéj krwi mniéj lub więcéj zmienionéj, wewnątrz, a zwłaszcza w szypułce, części błony doczesnéj lub łożyska zawierający, w skutek porodu lub poronienia powstały.

Dawniéj tak o istocie, jak niemniéj o powstawaniu takiego polipa błędne miano wyobrażenia; i tak Kiwisch jeszcze sądził, że powstać on może li tylko w skutek krwotoku i to nawet niepołogowego, przeoczono bowiem części jaja płodowego, uważając obrzęk tylko za złożony ze skrzepów krwi. Dopiero przypadki Rokitańskiego wykazały właściwe jego tworzenie się, jak niemniéj pouczyły nas, że polipy takie, mianowicie przy poronieniu powstałe, mogą być tak wydłużone, iż dolnym odcinkiem w szyi macicy leżą. Jajo bowiem w skutek skurczów macicy może zostać zepchniętém aż do zewnętrzego ujścia nie oddzielając się od miejsca przyczepu, a przez naciąganie ciężarem jaja powstaje przerost doczesnéj, która potém tworzy szypułkę z gruczołów łagiewkowych. Po oderwaniu jaja szypułka ta pozostać może, otacza się skrzepami krwi wylewanéj do macicy odżywiając się naczyniami z macicy w błony płodowe przechodzącemi stanowi polip włóknikowy lub łożyskowy.

Tworzenie się polipa takiego, mianowicie przy porodach czasowych, jeszcze i w inny sposób, sądzę, tłumaczyćby sobie można. Wiemy bowiem, że tuż po porodzie, kiedy błona śluzowa macicy prawidłowa, podczas ciąży w doczesną zmieniona, z częściami łożyska przy porodzie wydaloną została, wewnętrzną powierzchnię macicy pokrywa cienka siatka śluzowatéj tkaniny z młodych komórek, które jako początek nowéj błony śluzowéj już w ostatnich czasach ciąży pod doczesną wytwarzać się poczęły. Na téj siatce znajdujemy często przyczepione jeszcze tu i owdzie pojedyncze, mniejsze lub większe płaty lub strzępy doczesnéj, które albo jako takie zostają wydalone, albo wpierw ulegają rozpadowi. Jeżeli pozostaną przyczepione niewielkie kosmki łożyska silniéj przyczepione w miejscu przejścia żył do ścian macicy, takowe i długo się utrzymać i odżywiać mogą stanowiąc polipy i z unaczynienia swego dając powód do krwotoków. Że takie kosmki pozostać mogą, okazują liczne okazy np. w tych przypadkach, w których porażenie mięśniowe w macicy ogranicza się li tylko do miejsca przyczepienia łożyska. Już to ograniczenie okazuje przyczynę li miejscową, np. targanie w skutek nazbyt krótkiéj pępowiny, lub nieodpowiedniego postępowania w 3cim okresie porodowym. Klob zwraca uwagę że całe miejsce przyczepienia łożyska bywa czasem w tych razach wypuklone na wewnątrz. Że nie odklei się czasem w takich razach łożysko w całości, ale drąc się pozostawi kosmki silniéj przyczepione, z których jeden lub drugi odżywia się i pozostaje, zdaje mi się nie tylko możebném, ale i prawdopodobném. (Klob p. 553).

Wielkość takiego polipa może być bardzo różna, opisują polipy dochodzące wielkości kurzego jaja, ba nawet

większe. Zazwyczaj już podczas połogu dają one powód do krwotoków, rzadziéj krwotoki takie występują dopiero późniéj i trwają po kilka tygodni lub dłużéj, aż do wydalenia polipa sztuką lub bez jéj pomocy.

Symptomatologija i obraz kliniczny przy badaniu niczém swoistém się nie różni od obrazu, jaki przedstawia polip śluzowy lub włókniak uszypułkowany w jamie macicy. Powiększenie macicy, zwłaszcza ciała jéj, miękkość jéj ciastowata mniejsza lub większa, odchody charakterystyczne krwawe, po jakimś czasie chorą do niedokrewności doprowadzające, oto wszystko, co i przy innym zdarza się polipie. Tylko poprzedzający poród lub poronienie zwracają uwagę lekarza i wywiady w ten sposób jedyny stanowią moment ważny ku rozróżnieniu cierpienia.

Odchody w obec polipów wewnątrzmacicznych wszelkiego rodzaju są zbyt charakterystyczne, aby o nich nie wspomnieć choć kilku słowy. Krwotoki maciczne bywają następstwem rozmaitych nowotworów nie licząc już innych chorób; krew odpływająca jednak ma dla wprawnego spostrzegacza pewne, czasem tylko drobne, czasem jednak wybitne różnice, właściwe przyczynie krwotoku. I tak wiemy np., że odchody krwawe w raku macicy pomięszane są z ropą i strzępkami nowotworu i zdala już wyróżniają się nieprzyjemném właściwém cuchnieniem. Krwotoki będące następstwem np. atonii macicy, okazują czystą prawie i jasną krew, zwiększają się przy ruchu i natężeniu, zmniejszają w spokoju itp. Podobnież odchody krwawe w następstwie polipa mają swoje wybitne cechy, które wprawnemu lekarzowi tak są znane, że z samych odchodów czasem i wywiadów można rozpoznać choć nie z pewnością, to przynajmniéj z prawdopodobieństwem.

Krwotoki te prawie nigdy nie są bardzo obfitemi, ale za to prawie ciągłemi; w początkach właśnie mierną ilością nie przestraszają choréj, ale późniéj swą ciągłością doprowadzają ją do niedokrewności, czasem przestraszającéj, upadku sił i charłactwa. *Gutta cavat lapidem!* Często słyszeć można od chorych, że odchody wypływają nie z wiedzą choréj lub z pewną siłą i pauzami ale bezwiednie i bez uczucia ze strony choréj, która tylko ciągle czuje się mokrą. Nadto, i to jest właśnie cechą polipa, krew nie tylko nie jest czystą, ale tak bardzo zmięszana z surowiczemi odchodami, że te ostatnie przeważają i odpływają nawet gdy krew nie odchodzi. Gdy krew taka padnie na bieliznę, tworzy plamę, któréj mały, np. wielkości centa, środek jest krwawoczerwonym, a ten dopiero otoczony jest obwódką obszerną o promieniu kilku lub kilkunastu centimetrów wprost tylko wilgotną lub mokrą, lecz niebarwną, lub tylko do barwy rozcieńczonych opłuczyn mięsa podobną. Odchody te nie cuchną wcale i w ogóle żadnego nie mają odoru, dla ciągłości swéj wilgocą jednak co chwila całą bieliznę choréj.

Niedokrewność ogólna, czasem bardzo wysokiego stopnia, bladość nadzwyczajna błony śluzowéj przedsionka, pochwy i części pochwowéj macicy są, jak już wspominałem, stałém towarzystwem téj zmiany chorobowéj.

Rokowanie jest dobre i może być tylko zamącone wysoką niedokrewnością choréj, która właściwe stanowi tylko niebezpieczeństwo.

Leczenie naturalnie może być tylko przyczynowe, a żadne inne, i jakikolwiekby był stan choréj, przyczynę znieść i polip z macicy wydalić trzeba, a potém dopiero o leczeniu skuteczném jego następstwa, tj. niedokrewności, myśleć można.

Przypadek poniżéj opisany niech służy za ilustracyję ciekawą z tego powodu, że tak długie trwanie choroby i chorą doprowadziło do złego stanu i właśnie tém długiém trwaniem utrudniało rozpoznanie.

(Dokończenie nastąpi).

II. Z kliniki chirurgicznéj Prof. Billrotha w Wiedniu.

O użyciu jodoformu w leczeniu ran.

Skreślił Dr. **Jan Mikulicz**

asystent powyższéj kliniki i docent prywatny w Uniwersytecie wiedeńskim.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 40.)

Że opatrunek ten jest prostym łatwo, pojąć; zamiast wielkiéj ilości sztucznie przygotowanéj gazy karbolowéj, zawierającéj nadto zmienną ilość karbolu, potrzebujemy małéj ilości gazy jodoformowéj. Większe zaś bezpieczeństwo polega na tém, że przesiąknienia opatrunku nie potrzeba tak troskliwie doglądać jak przy opatrunku Listerowskim; nawet gdy wydzieliny na zewnętrznéj stronie i w środku opatrunku rozkładać się zaczynają, rana mimo to jest zabezpieczoną przed zakażeniem przez magazyn jodoformu na niéj leżący, podczas gdy rozkładania się wydzielin przy opatrunku Listerowskim starannie unikać należy. Nie potrzebuję wspominać, jak wielkie usługi odda jodoform chirurgii wojennéj. Podobnie będzie on nieocenionéj wartości dla praktycznego chirurga, a zwłaszcza na prowincyi. Jestem mocno przekonany, że dopiero teraz, kiedy się metoda przeciwgnilnego opatrywania ran tak uprości, mogą błogie skutki owego doniosłego wynalazku Listera stać się udziałem nie tylko, jak dotychczas, większych zakładów ale także każdego lekarza z osobna.

c) Rany spólniczące z jamą otrzewnową. Odkąd w klinice naszéj zaprowadzonym został na większą skalę opatrunek jodoformowy, odtąd pokrywalismy rany po laparotomijach tymże opatrunkiem; gojenie się ran postępowało i tu pod tym opatrunkiem w ten sam nienaganny sposób, jak dawniéj pod opatrunkiem gazą karbolową. Ponieważ jednak przebieg laparotomii wykonanéj według najnowszych zasad, nie może mieć żadnego wpływu w ocenieniu wartości zastosowanego opatrunku, przeto mogę pominąć poszczególne wyliczenie mnogich, podczas ostatniego półrocza w naszéj klinice wykonanych, owaryjotomij, hysterotomij i operacyj na żołądku i jelitach. Jest przecie najważniejszą i przez największą część chirurgów przyjętą zasadą, zamknąć po wykonanéj laparotomii jamę otrzewnową o ile możności jak najszczelniéj na zewnątrz. Z tego też jedynie powodu zanurzamy szypułkę i pomijamy odrenowanie rany, które i tak już jest dla jamy otrzewnowéj wątpliwéj wartości, a często nawet niebezpieczną rzeczą. Skoro jednak jama otrzewnowa szczelnie zamknięta, wtedy los choréj prawie już jest rozstrzygnięty a opatrunek tak mało wpływa rozstrzygająco na zagojenie, jak największa część środków ostrożności stosowanych jeszcze zresztą po operacyi. Jak nic nieznaczącą rolę odgrywa opatrunek po laparotomijach, o tém mogłem się przekonać przed dwoma laty, gdy przez pół roku bawiłem w znaczniejszych klinikach we Francyi, Anglii i Niemczech. U jednego z owaryjotomistów składał się cały opatrunek z kawałka gazy, przytwierdzonéj kilkoma opaskami sparadrapu; inny znów zakładał kolosalny opatrunek obejmujący cały brzuch i część ud. Wszędzie goiły

się rany zarówno dobrze, skoro tylko podczas operacyi trzymano się metody przeciwgnilnéj.

Podczas gdy jodoform, jak już powiedziano, po laparotomijach tylko podrzędne stanowisko zajmuje w ranach, z drugiéj strony ważnym jest przecież inny sposób zastosowania, jaki lek ten znalazł w niektórych przypadkach operacyi w jamie otrzewnowéj, a może sposób ten będzie nawet w stanie utorować drogę nowemu postępowi w tym kierunku.

Wiadomą jest rzeczą, że rany większych rozmiarów w jamie otrzewnowéj stanowią ciężką komplikacyję wszelakich laparotomij. Najniebezpieczniejszemi są rany tego rodzaju na miejscach jamy otrzewnowéj głębiéj położonych, a szczególnie w miednicy. Wielkie niebezpieczeństwo tych komplikacyj uznają wszyscy doświadczeńsi operatorowie a ku usunięciu tegoż używano najrozmaitszych środków; nie byliśmy jednak w stanie dotychczas całkiem pewnéj metody wynaleźć, aby zapanować nad przebiegiem gojenia w takich razach. Ściśle wziąwszy polega niebezpieczeństwo w tém, że wydzieliny rozprzestrzenionych ran gromadzą się na miejscu najgłębszém, łatwo rozkładają i sprowadzają samozakażenie *(Spontaninfection)*, jak ten rodzaj zakażenia ran nazwałem. W obec osobliwszych warunków jamy otrzewnowéj środki zaradcze, w podobnych przypadkach w celu uniknienia takich ognisk rozkładu zwyczajnie używane, a szczególnie odrenowanie i kompresyja, tylko w nader niewystarczający sposób stosować można. W tym przedmiocie ogłosiłem zeszłego roku obszerniejszy artykuł i odsyłam doń czytelnika (*Uiber die Anwendung der Antisepsis bei Laparotomien mit besonderer Rücksicht auf die Drainage der Peritonealhöhle. Langenbecks Archiv*, XXVI).

W dwu ciężkich przypadkach tego rodzaju, a mianowicie w jednym przypadku owaryjotomii i jednym hysterotomii, prof. Billroth w następujący postąpił sposób. Rozległą ranę, zajmującą w obu razach całą małą i część wielkiéj miednicy, posypano po oczyszczeniu otrzewnéj cienką warstwą proszku jodoformowego, na to położono zaraz wnętrzności a jamę brzuszną zawarto. Zaopatrzono tedy martwe ognisko pozostałe w miednicy w magazyn jodoformu, który na tém miejscu wszelkiemu rozkładowi, a tém samém i doraźnemu zakażeniu otrzewny, przez dłuższy czas musiał zapobiedz. Skutek nie zawiódł oczekiwania; oba przypadki przebiegały dobrze bez przeszkody.

Czy ten sposób jodoformowania rzeczywiście jest w stanie usunąć we wszystkich przypadkach niebezpieczeństwo martwych ognisk w laparotomijach, o tém dalsze doświadczenia pouczyć muszą.

d) Rany spólniczące z przewodem, wysłanym błoną śluzową. Dotychczas zajmowaliśmy się ranami, których leczenie już Listerowskim opatrunkiem — przynajmniéj pod względem skutku — osiągnęło najwyższy stopień doskonałości; albowiem dalszy postęp w tym względzie mógł być osiągniętym tylko przez prostszą technikę, przez tańszy i pewniejszy materyjał opatrunkowy i pod tym téż tylko względem daliśmy opatrunkowi jodoformowemu pierwszeństwo przed Listerowskim. Przeciwnie do ran grupy, o któréj teraz mówić będziemy, nie można opatrunku Listerowskiego albo wcale stosować albo téż tylko w bardzo niedostateczny sposób; gdyż główny warunek tego opatrunku, t. j. staranne zwarcie rany, osiągniętém być nie może; dla tego téż w przypadkach tu należących albośmy dotychczas wcale nie byli w stanie zapewnić się o aseptycznym przebiegu albo musieliśmy się uciekać do środków bardzo komplikowanych, na które się jednak często także spuścić nie można. Tyczy to się w szczególności największéj części ran znaczniejszych rozmiarów, zostających w komunikacyi z jamą ust, nosa i gardła, z jelitami a szczególnie z prostnicą, z pochwą, z cewką moczową i z pęcherzem. Mogę tu już z góry twierdzić, że znaleźliśmy w jodoformie środek, którym możemy i w tych przypadkach równie aseptyczny przebieg osiągnąć, jaki osiągamy opatrunkiem Listerowskim w ranach zeszywalnych, jako téż, że zaprowadzenie leczenia jodoformem w tym rodzaju ran stanowi podobnie okres w chirurgii, jak wynalazek opatrunku Listerowskiego dla ran poprzednich kategoryj.

Zajmijmy się tedy naprzód ranami w jamie ust i gardła.

Każdy chirurg wie o tém, jak trudną rzeczą było dotychczas powstrzymać rozkładanie się wydzielin rany i śliny nawet po mniejszych operacyjach w ustach. Któryż operator nie zna wielkich niebezpieczeństw, na które pacyjent po jakiejś większéj operacyi w ustach był narażonym! Zwłaszcza w pierwszych dniach nie podobna było albo wcale albo dopiero z wytężeniem wielkich sił i nader skomplikowanemi środkami zapobiedz rozkładaniu się wydzielin i opanować w ten sposób wszystkie niebezpieczne następstwa, jakoto: flegmonę zakaźną, dyfteryję rany, zapalenia płuc, w skutek aspiracyi wydzielin zakaźnych *(Schluckpneumonie)*, ropnicę itd.

Zatrzymajmy się naprzód przy jakimś specyjalnym przykładzie, np. przy wycięciu raka języka, operacyi mniéj więcéj typowéj i nie rzadko się trafiającéj. Jak niebezpieczną była dawniéj ta operacyja, o tém świadczy najlepiéj znane orzeczenie Stromeyera: *„Die Humanität verliert nichts dabei, wenn solche Operationen unterbleiben, und die Chirurgie trägt keine Ehre davon."* W naszéj klinice wynosiła śmiertelność po wycięciu raka języka w latach 1871—1876 32% a Bruns wykazał 38.8% śmiertelności w tym samym przeciągu czasu. W ostatnich czasach polepszały się wprawdzie w naszéj klinice wyniki po téj operacyi coraz bardziéj; przy pomocy doskonałego odrenowania jamy ust, starannego zastrupienia rany zapomocą *kali hypermanganicum* i nader częstego w dzień i w nocy dokonywanego wypłukiwania ust zmniejszyliśmy śmiertelność w latach 1877—1880 w 53 operacyjach na 17.6%. Lecz mimo to cyfra ta zawsze jeszcze jest za wysoką a bardzo komplikowane leczenie następowe, dotychczas w używaniu będące, było trudzącém dla chorego a uciążliwém dla lekarza i służby [1]).

W ostatnich czasach stosowaliśmy tedy w 10ciu, po największéj części znaczniejszych, operacyjach na języku jodoform a wszyscy chorzy wyzdrowieli [2]) Między innemi ciężkiemi przypadkami znajdował się także 70letni starzec, u którego wyciąłem cały język aż po nagłośnię i największą część dna jamy ust. Przebieg gojenia się ran był absolutnie bezgnilny a uleczenie dokonało się bez przypadku i bez wyjątku zupełnie zadowalająco, co w obec nadzwyczajnéj prostoty i wygody leczenia następnego tém większego jest znaczenia.

Leczenie następowe polegało na astę-

---

[1]) Bliższe szczegóły o naszych dawniejszych doświadczeniach, zrobionych w operacyjach raka językowego, ogłosił mój kolega Dr. Wölfler w Archiwie Langenbecka, tom XXVI.

[2]) Podczas ostatnich 2 miesięcy wyleczyło się jeszcze 5 dalszych przypadków, a zatém 15 przypadków wycięcia raka językowego pod opatrunkiem jodoformowym; w téj liczbie znajduje się także 76cio letni przezemnie operowany chory.

pującém postępowaniu: Po dokonanéj operacyi i staranném zatamowaniu krwi wypłukano jamę ust 1%wym rozczynem karbolowym. Potém wypełniono świeżą ranę wązkiemi paskami gazy jodoformowéj, którą tak wtłoczono, że się razem w jednolity tampon spoiły. Zatykadło to trzymało się rany zwyczajnie 8—10 dni, a zostawialiśmy je przez cały czas spokojnie. Nie było potrzeba ani odrenowania jamy ust, ani płukania i w ogóle żadnego innego środka ostrożności. Po 8—10 dniach odkleiło się zatykadło dobrowolnie, chory całkowicie lub częściowo wyplul je poczém ranę powtórnie na 6—8 dni w podobny sposób zatkaliśmy. W końcu drugiego tygodnia brodawkowała rana każdym razem czysto. Przebieg był przytém, jak wspomniałem, zawsze zupełnie zadowalającym. Przedewszystkiém nie czuł chory od chwili operacyi ani bólów ani żadnéj zresztą dolegliwości. Jeżeli operacyja nie była większych rozmiarów, w takim razie mogli chorzy, mimo zatykadeł, bez przeszkody pić, a nawet stałe pożywienie przyjmować; większa część chorych wstała już 2go lub 3go dnia z łóżka.

Przytém nie spostrzegliśmy absolutnie żadnego rozkładu wydzielin, ani śladu cuchnienia z ust, ani oddziaływania zapalnego w okolicy, ani gorączki, ani zapalenia oskrzeli, ani zapalenia płuc, słowem przebieg gojenia był tak idealnie dobrym, jakiegośmy przedtém tak prostym sposobem nigdy jeszcze nie widzieli. Wydalone po 8miu dniach zatykadła były zawsze bezwonne.

Sądzę, że doświadczenia uczynione w owych 10ciu (względnie 15tu) przypadkach już zupełnie wystarczają, aby usprawiedliwić powyższe zachwalanie skutków leczenia jodoformem.

Prócz tego osiągnęliśmy jodoformem taki sam gładki przebieg w 8miu innych większych operacyjach w jamie ust. Przypadki te były: 1 rak, 2 większe i 1 mniejszy mięsak szczęki dolnéj (wycięcie z częściowém odpiłowaniem żuchwy połączone); 1 rak szczęki górnéj (z częściowém odpiłowaniem), 1 rak lica, 1 rak migdałka, 1 naczyniak języka i lica. I tu ograniczało się całe leczenie następowe do zatkania rany gazą jodoformową, która najczęściéj również tak długo leżała, jak po wyż opisanych operacyjach na języku. Tylko w niektórych miejscach np. w okolicy migdałków trzymają zatykadła mniéj silnie i łatwo się przez połykanie odczepiają. W takich przypadkach przytwierdzaliśmy je za pomocą pętlic z jedwabiu, aby ich połknięciu przeszkodzić; jeżeli się zaś one zawcześnie rozwolniły. wtedy zastępowaliśmy je co 2gi lub 3ci dzień świeżemi tamponami. Do téj grupy należy jeszcze jeden przypadek wycięcia krtani; całą jamę rany wypełniono gazą jodoformową, za któréj pomocą dalszy bieg również był aseptycznym [1]).

W następującym przypadku przekonaliśmy się, jaki stopień bezpieczeństwa w asepsis daje nam jodoform także w jamie nosowéj. Przyjęto do kliniki pewnego chorego z bardzo przekrwionym mięsakiem szczęki górnéj. Podczas badania jamy nosowéj, w któréj można było czuć rozjątrzony i łatwo krwawiący obrzęk, nastąpiło nagle tak silne tętnicowe krwawienie z nosa, że jamę nosową musiano coprędzéj zatkać. Gdy po kilku dniach usiłowano zatykadła oddalić, powtórzyło się znowu owo silne krwawienie tak, że powtórnie potrzeba było zatamponować; w ten sposób powtórzyło się to jeszcze dwa razy; a po raz piąty nie ważyliśmy się chorego, który już i tak wiele krwi był utracił, narazić na niebezpieczeństwo śmierci w skutek ujścia krwi. Pozostawiliśmy tedy zatykadła z gazy jodoformowéj na miejscu przez dwa tygodnie, aby chory po takich krwotokach bodaj trochę do siebie przyszedł. A gdyśmy wreszcie zatykadła pooddalali (krwawienie było na razie zastanowioném), były one przesiąknięte krwią i śluzem, lecz absolutnie bezwonne i nie wywołały one bynajmniéj zapalnego oddziaływania.

(Ciąg dalszy nastąpi).

1) Ostatniemi czasy wykonałem także esofagotomiję z powodu ściśnienia przewodu pokarmowego; w tym przypadku osiągnąłem tym samym sposobem leczenia przebieg aseptyczny.

III. O wycinaniu okręgowém kawałków jelita z następném zeszyciem obu odcinków. (*Enterorrhaphia*).

Przez Dra Rydygiera.

Wykład kliniczny miany w streszczeniu na III Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie 1881 r.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 40).

III. Wycięcie jelita. Zanim ściany jelita przetniemy, należy światło tak zacisnąć, żeby nic treści jelitowéj nie wypłynęło. Rozmaici operatorowie starali się w rozmaity sposób cel ten osiągnąć, jak to dokładniéj wykazuje w zestawieniu dział „zamknięcie jelita". Billroth, Gussenbauer i inni dają pierwszeństwo uciskaniu palcami asystentów; Kocher, Kraussold, Bryk i inni kleszczykom, których ramiona są pokryte lub też nie, Schede i Jaffé zalecają chwilową podwiązkę mocnym jedwabiem lub katgutem; ja używałem w swoich przypadkach uciskadeł elastycznych podanych przy operacyi wycinania odźwiernika. Po dwa żelazka pociągnięte karbolizowanemi rurkami gumowemi przykłada się pionowo do osi podłużnéj jelita i wystające ich końce łączą się dwiema nitkami gumowemi. Nie trzeba tylko nitki ani za nadto, ani za mało zaciągnąć. Zalety moich uciskadeł omówiłem już przy opisie operacyi mojéj wycięcia odźwiernika w Przegl. Lek. b. r., i w *Dt. Z. für Chir.* Nr. 14, jako też na ostatnim Zjeździe chirurgów. Tutaj pokrótce to tylko jeszcze nadmienię, iż moje uciskadła mają przed wszystkiemi kleszczami tę zaletę, że równolegle ich ramiona wszędzie równo jelito uciskają, podczas gdy wszelkie kleszcze im bliżéj zamku, têm silniejszy ucisk wywierają; zatém ucisk blizko zamku może być już za silnym i zgorzel odpowiedniego miejsca jelita sprowadzić, podczas gdy z przeciwnéj strony ucisk właśnie wystarcza, aby treści jelita nie wypuścić. Wszelkie podwiązki marszczą jelito lub tworzą fałdy, jeżeli w blizkości miejsca przecięcia są założone, co dokładnemu zeszyciu przeszkadza. Daléj ucisk ich skupia się na wązki rówek. Natomiast równolegle uciskające i płaskoszerokie elastyczne uciskadła składają gładko ściany jelita i utrzymują w têm położeniu, przez co późniejsze założenie szwu znacznie jest ułatwione. Têm właśnie wyróżniają się one korzystnie od palców asystenta, ponieważ nie potrzebują zmieniać swego położenia, i w ten sposób trzymają ściany jelita niewzruszenie w swéj pozycyi, podczas gdy zapewne mało znajdzie się asystentów, którzyby w czasie całéj operacyi niewzruszenie palce swe obok siebie trzymać mogli; nadto zabierają uciskadła mniéj miejsca, aniżeli palce asystenta. Żelazka jako płaskie przewyższają podwiązki têm, iż ucisk ich rozdziela się na szersze płaszczyzny, przez co zgorzeli lub zboczenia w odżywieniu uciśniętego miejsca łatwiéj się unika. Celem przekonania się o szczelności uciskadeł, przedsięwziąłem

kilka doświadczeń z wyciętemi kawałkami jelit, z których dwa w dodatku I dokładniéj są opisane i przekonałem się, iż zaciśnienie zupełnie jest wystarczające i pewne. Z podanych powodów przekładam elastyczne uciskadła ponad wszelkie inne sposoby zaciśnięć.

Odłączenie jelita od śródjelicia można także w różny sposób wykonać, mianowicie pod względem czasu: wielu chirurgów wycina najpierw jelito, a dopiero klin śródjelicia, inni zaś postępują odwrotnie. Mnie wydaje się ostatnie postępowanie lepszém, ponieważ przecięcie śródjelicia przed wycięciem jelita można spokojnie wykonać bez obawy o wypłynięcie treści jelita; daléj ponieważ tuż po przecięciu ścian jelita można wycięty kawał jelita zupełnie wydalić z pola operacyjnego.

Obydwie operacyje na ludziach, jakoteż wszystkie doświadczenia w ten sposób wykonałem.

I odłączenie śródjelicia można różnie wykonać: niektórzy odłączają śródjelicie pomiędzy dwiema podwiązkami *(Massenligatur)*, inni zaś przecinają takowe bez poprzedniego podwiązania, poczém dopiero podwiązują krwawiące naczynia. Przy pierwszém postępowaniu zanieczyszcza się mniéj pole operacyjne, chory traci mało krwi, lecz postępowanie to jest bardzo zmudne; mimo to dawałem mu pierwszeństwo. Najważniejszém przy odłączaniu śródjelicia na co też Madelung na Zjeździe chirurgów wskazał, jest, żeby starannie unikać odłączenia śródjelicia, od jelit. W 12 i 13 doświadniu umyślnie obydwa odcinki jelit odłączyłem od śródjelicia a w obu razach nastąpiła zgorzel naokoło szwu, przedziurawienie i śmierć. Natomiast można nawet bardzo znaczne pętle n i e p r z e c i ę t y c h j e l i t odłączać bez obawy o zgorzel, jak o tém doświadczenia 14, 15, 16, 17, 18 i 19 świadczą.

IV. S z e w j e l i t o w y. Przekroczyłbym granice téj pracy, gdybym chciał chociażby tylko pobieżnie szwy jelitowe omówić i dla tego też tylko o praktycznie najważniejszych szwach mówić będę. W nowszym czasie najwięcéj używanym jest dwurzędowy szew Czernego *(Zur Darmresection. Berl. kl. Wochenschrift* 1880, Nr. 45, pag. 642), którego wewnętrzny rząd już Gussenbauer i Winiwarter *(Die partielle Magenresection.* Lgbcka Arch. XIX, 3 Heft, pag. 351) polecili i opisali; zewnętrzny zaś rząd odpowiada szwowi Lemberta. Szew ten jest bez zaprzeczenia najlepszym z dotychczas używanych, gdyż obok zupełnéj pewności nie jest zbyt zawiłym. Nadto jest też w użyciu zwyczajny szew Lemberta. Nadmienić mi także wypada o ósemkowym szwie Gussenbauera i niedawno przez Madelunga (l. c.) podanym szwie zwanym *Knorpelplattennaht.* Obadwa zdolne są dokładnie odcinki jelit połączyć. O szwie Madelunga mówi jednak Jaffé (l. c.) słusznie, „że trudno przypuścić, ażeby szew Czernego coś zyskał przez to powikłanie.“ Wedle mego zapatrywania trzeba takich szwów używać, któreby obok dokładnego i pewnego połączenia odcinków jak najmniéj czasu zabierały przy téj i tak już zbyt długo trwającéj operacyi. Z téj też przyczyny od czwartego doświadczenia począwszy jako też przy méj drugiéj operacyi na człowieku użyłem szwu kuśnierskiego miasto szwu Czernego w sposób, jaki na wstępie przy opisie tego przypadku bliżéj podałem a ani razu szew nas nie zawiódł. Nie chcę bynajmniéj twierdzić, iż szew kuśnierski łatwiéj się zakłada, niż zwyczajny szew węzełkowy, lecz pierwszy zabiera o wiele mniej czasu. I tak Nussbaum (*Die Verletzungen des Unterleibes, 44 Lief. der Deutsch. Chir. von Billroth und Lücke* pag. 136), który szew kuśnierski nader gorąco jako szew jelitowy zaleca, jakto przy późniejszym przeglądzie literatury o szwach jelitowych, po zakończeniu mych doświadczeń, spostrzegłem, mówi dosłownie: „Trzeba aż 10 i 20 razy igłę odkładać, a nożyczki w rękę brać, podczas gdy przy szwie kuśnierskim dwa razy się to czyni“. Jabym dodał jeszcze, że trzeba również tyle węzełków zakładać, co z pewnością także nie mało pochłania czasu. Daléj skłoniła mnie do wyboru szwu kuśnierskiego zamiast pierwszego rzędu szwu Czernego ta okoliczność, iż właśnie przy dwurzędowym szwie Czernego węzełki pierwszego rzędu przeszkadzają cokolwiek dokładnemu złożeniu się surowiczéj błony po założeniu drugiego rzędu.

Jako drugi rząd szwu jelitowego zatrzymałem szew węzełkowy Lemberta. I tutaj możnaby ze względu na czas pomyśleć o założeniu szwu kuśnierskiego na podobieństwo szwu Lemberta, jednakowoż zaniechałem tego, aby dla zysku czasu nie poświęcać pewności złączenia odcinków. Szew kuśnierski jest bowiem — jak wiadomo — tego rodzaju, że się zupełnie rozchodzi, skoro tylko na jednêm miejscu nie trzyma dokładnie, podczas gdy szew węzełkowy tylko na odpowiedniém miejscu nie dopisuje, a tém samém jest bezpieczniejszym.

Oprócz sposobu zakładania szwu rozbierano w najnowszym czasie obszernie także kwestyję wyboru materyjału do szycia. Czerny, Billroth, Madelung, Baum i inni uważają karbolizowany jedwab jako najlepszy materyjał do szycia; Dittel, Schede, Hagedorn, Riedinger (mylnie tak w *Bericht über die Verhandlung. der Dt. Ges. f. Chir. X. Congr. Centr. f. Chir.* Nr. 20, jakoteż przez Jaffégo (l. c.) do zwolenników jedwabiu zaliczony), Schinzinger, Jaffé, również i ja zalecamy katgut. Na ostatnim Zjeździe chirurgów wyłuszczyłem już powody, które mnie skłaniają do przekładania katgutu nad jedwab przy szwach przewodu pokarmowego (*Über Magenresection Lgbecks Archiv.* Bd. XXVI, Heft 3). Dla przekonania się o pewności szwów katgutowych użyłem we wszystkich mych doświadczeniach tylko katgutu i to tak zwyczajnego, jakoteż wprost z Londynu przywiezionego w kwasie chromowym preparowanego, a w żadnym przypadku szew nie był niedostateczny. Jeżeli nadto przejrzymy co do téj kwestyi w dodatku II podane zestawienie statystyczne, o ile tam materyjał do szwu użyty podanym został, to znajdziemy: 1) Przy *anus praeternaturalis i fistula stercoralis:* 5 razy s z e w k a t g u t o w y 4 razy z dobrym skutkiem, 1 raz ze śmiertelném zejściem; 5 r a z y s z e w j e d w a b n y 4 razy z dobrym skutkiem, 1 raz z zejściem śmiertelném; w 1ym przypadku użyto katgutu i jedwabiu (Albert); w reszcie przypadków nie było wzmianki o materyjale do szwu użytym, przynajmniej w przystępnych dla mnie opisach. 2) P r z y p r z e p u k l i n a c h z g o r z e l i n o w y c h: 7 r a z y s z e w k a t g u t o w y i 6 razy wyleczenie, 1 raz zejście śmiertelne; 5 r a z y s z e w j e d w a b n y: 3 razy wyleczenie, 2 razy śmierć. W 12 przypadkach materyjał niepodany. 3) P r z y n o w o t w o r a c h j e l i t: 4 r a z y s z e w j e d w a b n y, 1 raz wyleczenie, 3 razy zejście śmiertelne; 2 razy materyjał niepodany. 4) P r z y z w ę ż e n i a c h j e l i t itd. 1 r a z s z e w k a t g u t o w y z dobrym skutkiem; 1 raz materyjał nie podany. Nie myślę bynajmniéj tém zestawieniem dowodzić wyższości katgutu nad jedwabiem, gdyż wiem bardzo dobrze o tém, że dobry wynik operacyi wycięcia kawałka jelit z następném zeszyciem od wielu innych okoliczności zależy, jednakowoż zestawienie powyższe świadczy,

iż katgut do szwów jelitowych zupełnie jest odpowiednim. Jeżeli Baum uważa wyższość jedwabiu nad katgutem za udowodnioną, ponieważ przypadki Billrotha, Kochera, Czernego jakotéż i jego własne, w których jedwabiu użyto, bez utworzenia się przetok wyleczono, natomiast przypadki Dittla, Schedego i Hagedorna, gdzie katgutem szyto, w dalszym przebiegu utworzeniem się przetok kałowych były powikłane, to się cokolwiek z sądem zanadto pospieszył i omylił. Teraz gdy przypadki są liczniejsze i gdy sposób operowania ulepszono, wiele przypadków wycięcia części jelit z następnym szwem katgutowym bez zawikłań się wylecza, odwrotnie zaś przy wycięciach części jelit z następnym szwem jedwabnym spostrzegamy tworzenie się przetok kałowych. Podług mego przekonania nie tyle zależy na têm, „czêm“, lecz „jak“ się szyje. Po większéj części zależy pewnie od przyzwyczajenia operatora, czy tego lub owego materyjału do szycia użyje, odpowiednio do tego, jakiego zwykle używa. Katgut ma tę zaletę, że bywa wessanym, podczas gdy jedwab zawsze jako ciało obce w otrzewnie pozostaje. Zwykle używałem najcieńszego katgutu, który przed operacyją po nawleczeniu razem z igłą w kwas karbolowy kładę, przez co się jeszcze więcéj giętkim staje. Zauważyłem daléj, iż zwyczajny katgut giętszy jest aniżeli londyński chromowy.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Wojciech Oczko: **Przymiot i Cieplice** opatrzone życiorysem i oceną stanowiska naukowego W. Oczki przez Dra Edwarda Klinka, oraz rozprawą o języku dzieł przez Ad. Ant. Kryńskiego.– Wydanie jubileuszowe. Warszawa. Nakładem Towarzystwa lek. warsz. Druk K. Kowalewskiego. W 8ce większ., str. CXXXV, 544. Z ryciną pomnika W. Oczki, tudzież z podobizną autografowaną listu i karty tytułowéj i następnéj wydania 1go dzieła głównego z r. 1581.

(Dokończenie. Patrz Nr. 40).

Z gruntownością głębokiego znawcy skreślony jest rozdział: O języku dzieł Wojciecha Oczki. Pan Kryński wykazuje, „że w Polszczyźnie Oczki napotykamy cechy języka XVIgo wieku wspólne wszystkim współczesnym pisarzom, oprócz tego właściwości wynikające bądź ze specyjalności traktowania przedmiotu, bądź też nieodłączne od indywidualności samego pisarza“. Autor rozpatruje te cechy systematycznie: w zakresie głosowni, morfologii, deklinacyi, konjugacyi, słowotwórstwa, z dołączeniem słowniczka, wreszcie w zakresie składni i oddaje sprawiedliwość zaletom stylu i jędrnej polszczyźnie naszego pisarza z wieku XVIgo, którą nazywa wzorową. „Styl Oczki“ powiada „raz zbliża się do wzorowego języka Górnickiego, to znowu obrazowością swą i dobitnością przypomina nadobną prostotę Rejowego wysłowienia, z tą wszakże różnicą, że Oczko w zakresie składni jest od Reja nierównie poprawniejszym“.

Następuje staranny ze wszelkiemi ostrożnościami pod okiem znawców, jak prof. J. Przyborowskiego, dokonany przedruk dwóch dzieł dawnych, poprzedzony podobizną listu autora, karty tytułowéj i przedmowy pierwszego wydania z r. 1581 książki pod napisem Przymiot.

Okazałość zewnętrznych przyborów: kształtu, druku i papieru odpowiada zupełnie wartości wewnętrznéj dzieła tudzież powadze i hojności ciała naukowego, którego nakładem i staraniem wzorowe to wydanie doszło do skutku.

Pojawy pomnikowe nie potrzebują obszernych poleceń, gdyż ich przymioty na pierwszy rzut w oczy wpadają; sądzę też, że wskrzeszone dzieło Oczki powita z radością każdy, komu nie jest obojętna nauka i ojczyste piśmiennictwo.

Ośmielam się dorzucić jeszcze kilka drobnych uwag językowych nad niektóremi napotkanemi we wstępnych działach wyrażeniami nie całkiem zgodnemi z duchem i wdziękiem rodziméj polszczyzny, acz w ostatnich czasach przez niebaczność dość się rozpowszechniły a łatwo stósowniejszemi zastąpić się dają. Nie czynię z nich zarzutu, lecz nie mogę stłumić głosu przestrogi.

Na str. III znajduje się przysłówek „niezaprzeczenie“, który dość często i przez innych bywa używany lubo niewłaściwie i wcale bez potrzeby, bo albo zastąpić go może składniéj i dźwięczniéj przymiotnik połączony z odpowiednim rzeczownikiem n. p. zamiast: „ma niezaprzeczenie wielkie zasługi“, należy się wyrazić: „ma niezaprzeczone wielkie zasługi“; albo, gdy się przymiotnika w ten sposób użyć nie da, lepiéj brzmieć będzie „bez zaprzeczenia“ np. ten bez zaprzeczenia (zamiast: niezaprzeczenie) znakomity pomnik.—Wielu popełnia niewłaściwość podobną pisząc: nieprzerwanie, niezasłużenie i t. p. zamiast nieprzerwany, niezasłużony w połączeniu z odpowiedniemi rzeczownikami lub zamiast: bez przerwy, bez zasługi, niezasłużywszy i t. d. W ogóle unikać należy przysłówków utworzonych z imiesłowów połączonych już z przysłówkiem przeczącym nie

Na str. XLV razi nieco wyrażenie: w najrozmaitszych jego przejściach życiowych. Przymiotnik życiowy obraża ucho i ducha języka, często zastąpić go potrafi żywotny a jeśli nie, to lepiéj innego użyć zwrotu, jak np. w powyższym przypadku: „w najrozmaitszych kolejach życia“.

Na str. LIII może tylko przez omyłkę drukarską jest: „O trzewiach“ zamiast „o trzewach“, co dla tego podnoszę, że często ten błąd, u innych także natrafiam. „Odłożenie się soków żółciowych“ zamiast: sadowienie się, lub osiadanie lub złóg, złogi soków żółciowych itd. znajduje się na str. LXIII.

Dość w ogóle rozpowszechniony jest germanizm posługujący się wyrazem „powodować“ w znaczeniu „*veranlassen*“ sprawiać, zrządzać, wywołać, gdy tymczasem nie jest to słowo rządzące przypadkiem 4tym, lecz 6tym i znaczy raczéj wodzić, kierować n. p. powoduje nim ręka silna; powoduje nim zemsta, miłość; powoduje się lub spowodowany szlachetnością. Na str. LXXI n. p. stoi: „która (gorączka) powodowała silne bóle“ zamiast: sprawiała silne bóle, a na str. LXXVII (merkuryjusz) powoduje próchnienie kości“ zamiast: wywołuje pr. k.; nie możemy też pominąć milczeniem innego często popełnianego germanizmu polegającego na nadużywaniu przyimka przy w tych razach, kiedy w mowie naszéj właściwszy jest: w śród, w obec n. p. na str. LXXI: „podagra, przy któréj (winno być: w któréj) spostrzegane były owrzodzenia“; albo: „katary przy których (w których) głównymi objawami były“; na str. LXXV: „zalecano ją przy wysypkach“, ma być: „w wysypkach; str. LXXVI: „przy tych objawach (lepiéj: śród tych objawów) życie kończył“.

Jeszcze w r. 1869 skreśliłem w XL tomie Rocznika Towarz. nauk. krak. kilka skazówek do unikania germanizmów w rozprawie pod napisem: „Niektóre ważniejsze właściwości polszczyzny w porównaniu z mową niemiecką“. Praca ta, zdaje się, mało jest znana a tym mniéj uwzględniana.

Prof. Dr. Józef Oettinger.

Index-Catalogue of the Library of the Surgeon-General's-Office, United States Army. Authors and Subjects. Vol. II. Berlioz - Cholas. Washington: Government Printing Office 1881. Bardzo wielka 8ka str. (12), 990.

Odwołując się w ogólności do tego, cośmy jeszcze w Nrze 49 Przeglądu Lekarskiego z r. z. powiedzieli o pierwszym tomie powyższego katalogu, winniśmy i w tomie, który mamy przed sobą, uznać wszelkie zalety olbrzymiego przedsięwzięcia piśmienniczego lekarskiego, które swą dokładnością nieocenioną odda przysługę literaturze zawodowéj wszystkich ludów cywilizowanych. W przyszłości każdy autor musi udać się do katalogu, o którym mowa, jeżeli będzie chciał poznać całe piśmiennictwo w przedmiocie, w którym ma wydać swą pracę.

Tom obecny obejmuje 12.459 nazwisk autorów prac złożonych w 4.934 tomach i 9.810 broszurach nadto 11.550 tytułów przedmiotów w osobnych książkach i broszurach i 37.310 tytułów artykułów w pismach peryjodycznych. Sama literatura mózgu mieści się na 84 stronnicach bitego druku. Daje to najlepszą miarę wartości i sumienności pracy, któréj z chlubą dla siebie a pożytkiem całego świata lekarskiego podjął się naczelny urząd lekarski armii Stanów Zjednoczonych Ameryki północnéj.

Ponieważ mimo największéj staranności w układzie dzieła, o którém mowa, znaleśćby się mogły w niém braki w zakresie piśmiennictwa polskiego, przeto uważamy za nasz obowiązek oświadczyć ponownie, iż rzeczą jest konieczną, aby polscy autorowie posełali prace swe czy to jako osobne dzieła czy jako odbitki naczelnemu Urzędowi lekarskiemu armii Stanów Zjednoczonych (Surgeon General's Office United States Army) w Waszyngtonie, w czém z wielkiego uznania godną grzecznością ofiaruje swe usługi Wny Dr. Feliks Flügel Vertreter der Smithsonschen Stiftung in Leipzig. *D.*

Dr. M. F. Röll: **Die Thierseuchen mit Berücksichtigung der österr. u. deutschen Gesetzgebung für Thieraerzte und Aerzte bearbeitet.** (Wien, Braumüller 1881).

W bieżącym roku pojawiło się obszerne dzieło traktujące o chorobach zaraźliwych zwierząt domowych, opracowane przez byłego dyrektora szkoły weterynarnéj wiedeńskiéj, znanego zaszczytnie w świecie naukowym. W znakomitém têm dziele autor objął wszystko, co dotychczas zdziałano na polu epizoocyjologii pod względem etyjologii, patologii i ochrony zwierząt w nauce, oraz ustawodawstwie, oceniając to z wytrawnością właściwą wszechstronnym i wykształconym badaczom. Wskazane zalety czynią podręcznik ten niezbędnym dla fachowego weterynarza i w ogóle dla każdego, ktoby chciał zaczerpnąć dokładnych wiadomości i stanąć na wyżynie dzisiejszych badań. Ozdobą zaś dzieła jest klasyczny język i styl jasny oraz przystępny. *J. P.*

Dr. Barański (Docent w Krakowie): **Leitfaden der Veterinär-Polizei für Stadt- und Bezirksärzte, Thierärzte, Sanitätsbeamte sowie für Physikats-Candidaten.** Wien u. Leipzig. Urban und Schwarzenberg 1881).

Autor zamierzył w niniejszym podręczniku, zawierającym 198 stron, w jak najkrótszéj i łatwo zrozumiałéj formie, podać wskazówki mogące posłużyć do wykonywania policyi weterynarnéj, uwzględniając z jednéj strony patologię chorób zaraźliwych, a z drugiéj ustawodawstwo austryjackie i niemieckie, dodając zarazem wzory na wywody, raporty i listy szacunkowe weterynarskie, które dla weterynarzy powiatowych są bardzo potrzebnemi. Szkoda tylko, że autor nie uwzględnił obszerniéj nowszych badań i zapatrywań, zwłaszcza w części ogólnéj, przezcoby książka pod względem wartości naukowéj i gruntowności wiele zyskała, chociaż może przybrałaby wiele na objętości, czego widocznie autor się wystrzegał. Pomimo to podręcznik ten zaleca się właśnie zwięzłością dla tych, którzyby chcieli przyswoić sobie przepisy policyi weterynarnéj, a więc szczególniéj dla lekarzy, którzy często zmuszeni są sprawować obowiązki weterynarskie, jakotéż dla przygotowania się do egzaminów rządowych na lekarzy powiatowych. *J. P.*

Dr. H. Neuss: **O wstrzykiwaniach podskórnych przetworów żelaza.**

Wiadomo, że przetwory żelaza podawane wewnętrznie, nawet w miernych dawkach, zwłaszcza po dłuższém używaniu mniéj lub więcéj psują trawienie a nawet w pewnych stanach chorobowych żołądka, towarzyszących np. błednicy, (nieżyt żołądka i kiszek, wrzód żołądka, nerwoból żołądkowy itp.) zupełnie przez to są przeciwwskazane. Wiadomo także, że przy wewnętrznêm używaniu żelaza nader mała tylko jego część ulega wessaniu, przeważna zaś część (częstokroć wśród upośledzonéj czynności kiszek, uporczywego zatwardzenia itd.) niezmieniona przechodzi przez kiszki. Tym ostatnim niedogodnościom o tyle się obecnie zapobiega, że przetwory żelaza podaje się zwykle w małych bardzo ilościach, jednakże nie zbywa na przypadkach, w których wskazaném by było wprowadzenie do krwi większych naraz ilości żelaza, oczywiście gdyby to było możebném bez wywołania powyższych zakłóceń w trawieniu. Oto powody, dla których w ostatnich czasach lekarze próbowali podawania przetworów żelaza drogą wstrzykiwań podskórnych. Że sposób ten nie dość się jeszcze do dziś rozpowszechnił, pochodzi niezawodnie ztąd, iż dotychczas nie mamy odpowiedniego do tego celu przetworu żelaza. Z dość licznych już to polecanych już téż używanych w ten sposób przetworów, według doświadczeń Neussa, najłatwiéj przenikają błony zwierzęce:

1) *Ferrum pyrophosphoricum c. natro citrico,*
2) *Ferrum pyrophosphoricum c. ammonio citrico,*
3) *Ferrum citricum oxydatum,*
4) *Chininum ferro-citricum,*
5) *Chininum ferro-citricum viride* (przetwór ten wyrabiany przez Berga w Dreźnie według przepisu Waltera).

Z białkanu żelazowego Friedländera żelazo przenika, białko zaś wcale nie.

Ferrum saccharatum solubile i *ferrum oxydatum dialysatum glycerinatum* przenikają nie tak szybko i nie tak dokładnie błony zwierzęce jak powyższe.

Ferrum pyrophosphoricum c. natro pyrophosphorico (z apteki Kunstmanna w Gryfii) jest przetworem trudno i niezupełnie rozpuszczalnym, ale roztwór jego łatwo przenika.

Większych części powyższych przetworów używał Neuss do wstrzykiwań podskórnych u królików, a po części i u ludzi, oznaczając żelazo w moczu za pomocą żelasinku potasowego.

Doświadczenia te wykazały, że przedewszystkiém nadaje się do wstrzykiwań podskórnych *Ferrum pyrophosphoricum c. natro citrico,* przetwór zalecający się także znaczną ilością zawartego w nim żelaza (26.6%) oraz trwałością. Najlepiéj używać go w rozczynach 1:6 *aq. dest.*; już w ½ godz. wykazać można żelazo w moczu. Na drugiém miejscu

postawić należy *Ferrum albuminatum* Friedländera, przetwór mniéj trwały i mniéj zawierający żelaza. Mniéj odpowiedniém jest *Ferrum pyrophosphoricum c. ammonio citrico*. Reszta zalecanych przetworów według Neussa nie nadaje się wcale do wstrzykiwań podskórnych. *(Ztschr. f. klin. Med.* III, 1, 1881). *St. Sm.*

M. D. Bowkett: **Kliniczny termograf do oznaczania zmian ciepłoty ciała w przeciągu 24 godzin.**

Przyrząd ten, podany przez Bowketta, może być wielce użyteczy w badaniach fizyjologicznych i klinicznych. Kreśli on dokładnie najdrobniejsze zmiany, względnie cały przebieg ciepłoty w przeciągu 24ch godzin. Po upływie 24ch godzin badający może odczytać dokładnie, jaki był przebieg ciepłoty w każdéj godzinie, a nawet w drobniejszych odstępach czasu. Może to być cenném szczególniéj w chorobach, w których chwilowo tylko i przemijająco, niejako w napadach, występują wahania ciepłoty, np. w niektórych chorobach nerwowych. Zasada przyrządu polega na rozszerzalności płynów pod wpływem ciepłoty. Aparat sam składa się z puszki okrągłéj, płytkiéj i płaskiéj 6—7 cm. w średnicy, metalowéj, w całości podobnéj do zwykłego kieszonkowego zegarka, wypełnionéj eterem; blizko brzegu puszki przebiega rurka cienka, sprężynowa (eliptyczna) komunikująca jednym końcem z wnętrzem puszki, gdy drugi koniec zamknięty porusza małą dźwignię, któréj koniec oznacza wysokość ciepłoty na krążku umieszczonym na powierzchni puszki i im wyższa ciepłota, tém wyżéj, względnie bliżéj środka, przypada znak nakreślony dźwignią. Krążek jest podzielony na 24 wycinków oznaczających godziny i jest poruszany za pomocą zwykłego przyrządu zegarowego w puszce umieszczonego. Przyrząd cały przywięzuje się za pomocą taśmy choremu na powłoki brzuszne i utrzymuje w tém położeniu przez żądany przeciąg czasu. Miał on się okazać praktycznym przy przedsiębranych doświadczeniach. (*The Lancet* III, V. II 1881). *P.*

Stosunek kiły do uwiądu rdzeniowego.

Rzecz w praktyce dosyć częsta a bardzo ważna i trudna nieraz do rozstrzygnienia. Warto więc obznajmić się z nowemi na nią poglądami, zwłaszcza gdy takowe, dzięki Moetiusowi, jasno są zestawione (Roczn. Schmidta t. 185, III, 1880). Oto streszczenie jego pracy:

Stosunek kiły do uwiądu rdzeniowego stał się dopiero od niedawna przedmiotem badań. Autorowie, którzy pierwsi zwrócili na tę sprawę uwagę, są związkowi chorób pomienionych nieprzychylni. I tak Duchenne wprost go nie uznaje *(De electris. loc.* Ed. III, p. 655*)*, Leyden nie widzi dostatecznych jego dowodów *(Klin. f. Rückenmarkskr.* II, p. 352), Eulenburg mógłby wśród 149 przypadków uwiądu ledwo raz przypuścić kiłę jako prawdopodobną przyczynę (*Nervenkr.* 1878, Bd. II, p. 468), a Ziemssen oświadcza, że nie zna przypadków, dowodzących zwyrodnienia kiłowego tylnych powrózków rdzenia. Dopiero Schultze (w rozprawie napisanéj pod kierunkiem Griesingera, Berlin, 1868) skłania się na zasadzie 4 przypadków, gdzie uwiąd nastąpił po kile, do upatrywania między temi chorobami związku przyczynowego, podobnie jak Eisenmann. Po nich występuje Fournier. Ten już objawia stanowcze przekonanie *(Leçons.* Paris, 1876), że jedną z najczęstszych przyczyn uwiądu rdzeniowego jest kiła. Przekonanie opiera na statystyce własnéj i cudzéj tudzież na jakości zmian. Odnośnie do pierwszéj znajduje wśród 30 własnych chorych, cierpiących na bezład w czynnościach nerwów (*ataxia*), 24 razy kiłę w przeszłości, z liczb zaś innych badaczów przywodzi Fereola, u którego na 11 chorych dotkniętych tą samą chorobą, 5 cierpiało dawniéj na kiłę, i Siredeya gdzie takiż stosunek zachodził 8 razy na 10 przypadków. Co do jakości zaś zmian, to stwardnienie części rdzenia, właściwe uwiądowi, licuje, zdaniem F., bardzo dobrze z cechą kiły trzeciorzędnéj. W wyniku swych zapatrywań sądzi więc tenże, że lekarz winien w każdym przypadku uwiądu dochodzić, czy nie poprzedzała go kiła. Jeśli poprzedzanie jest stwierdzoném lub nawet tylko prawdopodobném, ma zarządzić leczenie swoiste, które acz w rozwiniętych przypadkach choroby nie odtworzy już zniszczonych części rdzenia, w świeżych jednak razach niewątpliwy odniesie skutek. Zapatrywania powyższe powtarza De Ranse *(Gaz. de Par.* 53, 1856), a Grasset podziela je zupełnie *(Leçons sur les maladies du syst. nerv.* 1878, II, p. 689). Pierwszy atoli czyni co do statystyki Fourniera słuszną uwagę, że do znanego, jakim tenże jest, syfilidologa przychodzą oczywiście głównie tacy chorzy z uwiądem rdzeniowym, którzy na punkcie kiły nieczyste mają sumienie. Vulpian przyznaje (*Leçons sur les maladies de la moëlle*, 1877), że znaczną część przypadków uwiądu poprzedza kiła (u jego 20 chorych, dotkniętych bezładem czynności nerwowych 15 razy). Mimo to nie przyjmuje swoistego uwiądu, lecz kiłę uznaje jako czynnik usposabiający. Berger (*Bresl. ärztl. Zeitschr.* 1879 nr. 7—8) uważa rozwijanie się uwiądu na podstawie kiłowéj za rzecz bardzo prawdopodobną i ocenia liczbę takich przypadków na 20%. Co do skutków leczenia swoistego, to wyleczenie zupełne widział raz tylko, natomiast złagodzenie objawów wielokrotnie. Dla tego mniema, że, jak we wszystkich przypadkach, gdzie podejrzywamy kiłę narządów wewnętrznych, stosujemy leczenie swoiste, nie czekając z niém na dowody absolutnie pewne, tak samo należy postępować i w przypadkach uwiądu rdzeniowego. Erb kładzie silny nacisk na kiłę jako poprzedniczkę uwiądu (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, XXIV, 1879). Nie chce atoli rozstrzygać, czy kiła jest tylko czynnikiem usposobiającym do uwiądu, lub też uwiąd jest po prostu jéj umiejscowieniem. Na 44 przypadków uwiądu dopytał się kiły 27 razy, a licząc same tylko zmiany ogólne, 23 razy. Czas, w jakim uwiąd wystąpił po kile, dał się wybadać w 1. przypadkach. Takowy wynosił 2—14 lat. Wyraźnych, istniejących jeszcze zmian kiłowych E. nie mógł zwykle już odkryć. Znajdował tylko gdzieniegdzie blizny na częściach płciowych lub powiększenie gruczołów. Wyjątek stanowią 2 przypadki, w których na języku widział rozpadliny podejrzane. Przechodząc do objawów uwiądu, nie mógł dostrzedz żadnéj różnicy między uwiądem u osób kiłowych i niekiłowych. Co zaś do skutków leczenia to w 2 przypadkach wcierania szaruchy okazały się bardzo pomocnemi, w 2 innych pozostały bez skutku. Z uwagi, że uwiąd bywa najczęściéj nieuleczalnym, kiła natomiast najczęściéj przystępną jest leczeniu nawet w ciężkich swych formach, tudzież, że ostrożne leczenie przeciwkiłowe nie może wyrządzić trwałéj szkody, E. sądzi, zgodnie z Fournierem, że u wszystkich chorych na uwiąd, którzy przebyli kiłę, należy próbować leczenia swoistego, i to im wcześniéj tém lepiéj. Mayer z Akwizgranu objawia przekonanie (na Zjeździe przyrodników w Baden-Baden), że kiła poprzedza uwiąd w 80% przypadków, i że leczenie swoiste miewa dobre skutki. Przeciwnie Richter z Sonnenbergu mniema

(*Centralbl. f. Nervenheilk.* 1879, Nr. 20), że nawet w przypadkach uwiądu, poprzedzonego przez kiłę, wcierania szaruchy w połączeniu z kąpielami cieplemi zdolne są sprawić pogorszenie, polepszenie zaś, i to znaczne, może nastąpić bez wszelkiego leczenia swoistego. Gesenius przychyla się do zdania, że kiła jest czynnikiem usposabiającym do uwiądu rdzeniowego (*Dissertation*, Halle, 1879), wśród 60 przypadków zebranych przez Seeligmüllera znalazł kiłę 13 razy jako poprzedniczkę uwiądu. Fischer (*4ter Semestralbericht der Heilanstalt* Maxbrunn, 1879) odkrywa wśród 26 przypadków uwiądu 4 razy kiłę nietylko za pomocą wywiadów lecz i badania przedmiotowego, w 3 zaś tylko dowiaduje się o wrzodzie wenerycznym w przeszłości. Nadto, co ważniejsza, przywodzi, że w 2 przypadkach uwiądu, poprzedzonego przez kiłę, leczenie swoiste sprawiło widoczne pogorszenie. Hutchinson podziela zapatrywanie, że kiła usposabia do uwiądu (*Med. Times and Gaz.* 1880, Jan. 31).

Dr. Różański (Lwów).

(Ciąg dalszy nastąpi).

Prof. Mauriac w Paryżu: **O wycinaniu wrzodu kiłowego pierwotnego.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 40).

Według drugiego zapatrywania sądzono wręcz przeciwnie, a zatém, że jad nie zostaje wessany, i że nie zatruwa jednym zamachem ustroju. Co więcéj mniemano, że jad pozostaje w tkaninie, która go dobrowolnie lub pomimowoli przyjęła, w téj ograniczonéj przestrzeni przebywa porę wylęgania, i dopiero po kilku tygodniach porzuca swoją bez czynność, wydobywa się z ukrycia wytwarzając wrzód pierwotny kiłowy. Według tego tłumaczenia wrzód pierwotny nie tylko co do czasu trwania, lecz także jako oznaka chorobowa jest pierwszym zwiastunem, ponieważ ogólne zmiany chorobowe poprzedza. Tenże wrzód staje się przyczyną choroby, gdyż jedynie z tego miejsca rozszerza się zwolna zakażenie całego ustroju, staje się ogniskiem choroby, w którém powstają i mnożą się zatrute cząsteczki, które przez naczynia limfatyczne dostają się do krwi. Jest to zatém wrzód, który rzeczywiście zasługuje na nazwę wrzodu pierwotnego zaraźliwego. Powyższe zapatrywanie, co do sprawy zakażenia w samym jego zawiązku, jest może więcéj zadowalające niż pierwsze, ale pomimo tego to długie mrzenie jadu w tkaninach jest trudném do wytłumaczenia. Autor wspominając o doświadczeniach Cohnheima, robionych na zwierzętach z masą gruźliczą, która, wprowadzona do przedniéj komórki ocznéj, mogła tamże przez tydzień przebywać, nie wywołując zmian miejscowych; powiada, że jeżeli się zgodzimy na teoryję pierwszą, to nie będziemy się kwapić z niszczeniem wrzodu zaraz po jego pojawieniu się, bo pocóż? przecież tenże jest jedynie wynikiem właśnie co powstałego zakażenia. Jeżeli zaś będziemy zwolennikami drugiego zapatrywania, to wtedy trzeba się będzie starać o zniszczenie wrzodu pierwotnego wszelkiemi możebnemi środkami, gdyż jeżeli się to zrobi na czasie, to zapobieży się ogólnemu zakażeniu. Tego zdania byli niegdyś Ribes, Ricord i inni i do tego dzisiaj dążą Unna, Auspitz, Kölliker itd. wycinając wrzód kiłowy pierwotny. Powyżsi pisarze szczycą się niejakiemi korzyściami odniesionemi na tém polu, jednakowoż pytanie to nie może być uważane za rozstrzygnięte ostatecznie. M. wspominając daléj o obrzmiewaniu sąsiednich gruczołów limfatycznych, które są stałym przypadem i niejako cząstką nierozerwanéj całości, zapytuje, czy nie byłoby rzeczą słuszną uważać tak pomienione obrzmienia gruczołów jak i wiele drobnych ośrodków zakażonych za takie, w których się również cząsteczki jadu rozplemiają, zkąd przez naczynia limfatyczne dostają się w obieg krwi i cały ustrój zatruwają? Każde zaś wycięcie zmiany chorobowéj, któreby wykonane było po obrzmieniu gruczołów swoistych, nie może dawać żadnéj nadziei w skuteczność operacyi.

Przechodząc do doświadczeń własnych robionych w tym kierunku, przytacza M. 7 przypadków, w których się uciekał do operacyi i których skutek podajemy w streszczeniu:

1) przypadek. Wycięcie wrzodu kiłowego pierwotnego w cztery dni po jego pojawieniu. Blizna stwardniała. Bezskuteczność operacyi. Zmiany następowe. Badanie drobnowidowe wyciętego kawałka skóry wykazało: że wrzód pierwotny bez względu na jego rozmiary już w czwartym dniu ma prawie te same własności, jak w środku lub przy końcu swego rozwoju.

2) przypadek. Wycięcie stwardnienia kiłowego rozpoczynającego w 10 dni po wystąpieniu. Obrzęk gruczołów. Niepowodzenie. Zmiany następowe.

3) przypadek. Wycięcie stwardnienia kiłowego w 9 dniu istnienia. Blizna stwardniała, gruczoły limfatyczne wybitnie obrzękłe. Niepowodzenie. Zmiany następowe.

W czwartym przypadku wycięto stwardnienie kiłowe w 16 dniu, w piątym w 15 dniu, w szóstym zaś przypadku w 10 dniu istnienia, i jak poprzednio ze skutkiem ujemnym, albowiem zmiany następowe pojawiły się bądź w postaci osutek plamistych, bądź guzkowych, lub też kłykcin wilgotnych.

Z powyższych sześciu przypadków, pierwszy budził jeszcze największą nadzieję pomyślnego skutku, a to ze względu na czterodniowe istnienie zmiany pierwotnéj, jak również dla tego, ze gruczoły pachwinowe nie były wcale obrzękłe, a przecież doznano zawodu. Stwardnienie podstawy blizny jak i jéj brzegów, które występuje po pewnym czasie, po wycięciu zmiany pierwotnéj, jest najlepszym dowodem niepowodzenia i zapowiada niemal na pewne zakazenie ogólne. Wycięcie nie zapobiega obrzmieniu następowemu gruczołów pachwinowych, a przebieg miejscowego cierpienia jest taki, jak gdyby się zmiana pierwotna kiłowa rozwijała w najlepsze. Druga pora tajenia się jadu nie jest ani krótszą ani też dłuższą, zmiany zaś następowe występują jak zwykle. Ze względu na stopień natężenia zmian chorobowych prawie nie podobna odpowiedzieć na to pytanie stanowczo. Wreszcie nie wierzy autor, ażeby wycięcie zmiany pierwotnéj mogło złagodzić przebieg zmian następowych, bo i zkądże mamy wiedzieć, jakiemi byłyby objawy chorobowe, gdybyśmy zaniechali wycinania? Tymczasem jest bardzo prawdopodobne, że bez wycięcia byłby ten sam przebieg.

7 przypadek. Wycięcie zmiany kiłowéj pierwotnéj po 50 godzinach istnienia. Wynik operacyi ujemny. Zmiany następowe. Wypada dodać, że uszkodzenie było ściśle miejscowe, a w kierunku naczyń lub gruczołów limfatycznych nie znaleziono ani śladu rozszerzenia sprawy chorobowéj. W tych okolicznościach wszystko przemawiało za tém, że po usunięciu ogniska choroby powstrzyma się dalsze następstwa i do rozszerzenia nie dopuści, jeżeli już ustrój nie został zatruty, przed wystąpieniem zmiany pierwotnéj. Atoli nie długo trwało złudzenie, bo w 17 dniu po wycięciu spostrzeżono w miejscu dawnéj miękkiéj blizny podkładkę pergaminową, chrząstkową, sprężystą, przypominającą szankra

kiłowego zabliźnionego. W 51 dniu od chwili wycięcia znajdowała się jeszcze pod blizną typowa stwardniałość i w tym czasie był już mierny obrzęk gruczołów w pachwinie prawéj, jakotéż 4—5 dużych, płaskich, cechujących grudek na skórze; krótko mówiąc, obecności kiły nie można było zaprzeczyć.

Autor opierając się li tylko na własnych doświadczeniach, powiada ostatecznie: że zdaniem jego wycięcie zmiany pierwotnéj kiłowéj nie zapobiega rozszerzeniu choroby nawet wtedy, chociażby takowe wykonano w wyjątkowo szczęśliwych okolicznościach.

Praca Mauriaca potwierdza tedy dawne zapatrywania Zeissla, Hebry i innych. (*Allgem. Wiener medizinische Zeitung*, sierpień, wrzesień, 1881). *Dr. S Skobel.*

Wiadomości pomniejsze.

(A. K.) **Leczenie drgawek połogowych pilokarpinem.** Dr. Sauger ogłosił 3 przypadki podobnych drgawek, leczonych wstrzykiwaniami pilokarpinu po 0,02; drgawki koiły się po wstrzyknięciu, lecz występowały objawy groźnéj duszności. Autor przestrzega przed używaniem pilokarpinu w drgawkach połogowych, doświadczywszy groźnych zaburzeń po zastósowaniu tego leku, a w trzech przypadkach leczonych pilokarpinem dwie chore utraciły życie.

(A. K.) **Leczenie gruźliczego zapalenia opon mózgowych jodoformem zachwala** Dr. Coesfeld. W ciągu 1½ roku autor leczył 7 dzieci, chorych na gruźlicze zapalenie opon mózgowych i dwoje z nich wyleczył jodoformem. Autor pędzlował główkę dziecka chorego 15—20% roczczynem jodoformu, na czole, skroniach i za uszami, pędzlowanie odbywało się trzy razy dziennie, a co rano zmywano te miejsca lotnikiem octowym. Coesfeld spostrzegał opadanie ciepłoty po pędzlowaniu. (*D. med. Wochenschrift* 10 września 1881 r.)

(A. K.) Richter **leczy krwotoki połogowe wstrzykiwaniami wody ogrzanéj** do 50°C. Niedawno Landowski opisał leczenie krwotoków hemoroidalnych wstrzykiwaniami wody gorącéj do prostnicy; Richter trzymał się téj saméj zasady przy leczeniu krwotoków macicznych; używa on wody karbolowéj 1% ogrzanéj do 50°C., którą wstrzykuje do wnętrza macicy za pomocą rurki szklanéj, wprowadzonéj aż do ujścia wnętrznego; wstrzykiwanie odbywa się zazwyczaj ośm minut, jeśli jednak krwotok uporczywie utrzymuje się, należy wstrzykiwanie dopóty stósować, dopóki woda wychodzi z domieszką krwi; woda, któréj ciepłota nie dosięga 48° C., traci swe lecznicze skutki. Przed zastósowaniem wstrzykiwania należy wyprowadzić z macicy skrzepy i usunąć szczątki łożyska lub błon, jeśli się tam znajdują. Po skończoném wstrzykiwaniu podaje Richter sporysz.

Autor w ciągu 10 miesięcy stósował wstrzykiwania 105 chorym w berlińskiéj Charité; krwotok ustał 83 razy po jednorazowém wstrzyknięciu, a z tych w 6 razach nie podano sporyszu. (*Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie* tom II).

V. Zjazd Stowarzyszenia ochrony zdrowia publicznego w Wiedniu.

II.

Trzecie posiedzenie, odbyte dnia 16go września, rozpoczęło się od zawiadomienia o wystawie higijenicznéj mającéj się odbyć w Berlinie w roku przyszłym, a to z powodu, że myśl téj wystawy powzięto na przeszlorocznym Zjeździe Stowarzyszenia dla techniki zdrowotnéj odbytym w Hamburgu, powzięty zaś zamiar znalazł nader przychylne uznanie i poparcie w Stowarzyszeniu ochrony zdrowia publicznego tak, iż można powiedzieć, że oba te stowarzyszenia dały wystawie początek.

Na posiedzeniu, o któróm mowa, obaj sekretarze komitetu wystawowego Dr. Boerner i inżynijer Henneberg zdali sprawę z podjętych przygotowań. Wzór dla téj wystawy stanowi wystawa przedmiotów higijenicznych i ratunkowych, jaka się odbyła w r. 1876 w Brukseli, z tą jedynie zmianą, że gdy brukselska była międzynarodową, berlińska ma być tylko ogólno niemiecką, to jest ma obejmować tylko Cesarstwo niemieckie, Austryję i niemiecką Szwajcaryję, — udział wystawców obcych nie jest jednak bezwarunkowo wykluczonym, mogą bowiem brać udział w wystawie przez swych przedstawicieli, jeżeli ich w obrębie trzech wymienionych krajów posiadają. Zgodnie z tém ograniczeniem i ugrupowanie wystawy będzie nieco odmienne jak na wystawach międzynarodowych, nie będzie bowiem według krajów ale według przedmiotów, — przez co wystawa będzie więcéj pouczającą, bo łatwiéj będzie przedmioty z sobą porównywać, okazy bowiem odnoszące się do jednego działu będą obok siebie wystawione, nie zaś rozrzucone po różnych wystawach, jak to ma miejsce przy ustawieniu według krajów lub miejsc. Wystawa dzielić się będzie na 2 główne działy: jeden obejmować będzie przedmioty zostające w związku z ochroną zdrowia i techniką zdrowotną, drugi przedmioty odnoszące się do ratownictwa w czasie pokoju i wojny. Każdy dzielić się znów będzie na grupy. Rysunki i dzieła odnoszące się do higijeny i ratownictwa pomieszczone będą osobno działami, co także rozpatrzenie się w nagromadzonym materyjale wielce ułatwiać będzie.

Urządzeniem wystawy zajmuje się komitet wystawowy, na którego czele stoi b. minister Hobrecht. Prócz komitetu głównego potworzono w różnych stronach w Niemczech, Austryi i Szwajcaryi komitety miejscowe, jako ogniwa pośredniczące między wystawcami a głównym komitetem. Wystawa ta trwać ma 4 miesiące od 1go lipca do ostatniego września 1882 r. Z podjętych przez komitet wystawowy kroków zasługuje na uwagę sposób pokrycia kosztów. Wystawa ta jest przedsiębiorstwem prywatném, komitet nie liczył téż na żadne subwencyje, ale potrzebnych funduszów mają dostarczyć osoby prywatne. Koszta obliczono na 200.000 marek i kwota ta ma być pokryta w drodze subskrybcyi przez udziały niemniejsze jednak niż 100 marek. Biorący udział w subskrybcyi zobowiązuje się pokryć ewentualny niedobór stosunkowo do podpisanego udziału. W razie gdyby wystawa dochód przyniosła, mają subskrybenci jedynie prawo do zwrotu udziału, nadwyżka zaś rozdzieloną zostanie w odpowiednim stosunku między wystawców. Sądząc po doświadczeniach, jakie zrobiono w Berlinie na wystawie przemysłowéj w r. 1879 i rybackiéj w r. 1880, spodziewa się komitet wystawowy, że i ta wystawa pod względem finansowym powiedzie się, t. j. że dochody przewyższą znacznie wydatki. Okoliczność, że subskrybenci nie mają nawet w najpomyślniejszym razie żadnego zysku ale cały zysk wychodzi na korzyść wystawców, ewentualnie zaś subskrybenci mają nawet pokryć niedobór, zmusza wystawców do brania udziału w subskrybcyi. Według zapewnień Dra Boernera i p. Henneberga kwota potrzebna już jest podpisaną, a jeżeli się jeszcze uwzględni, że opłata za miejsce na wystawie jest względnie wysoką, to jedynie można to wytłumaczyć tém, że w Niemczech poj-

mują znaczenie, jakie taka wystawa mieć może i że wystawcom zależy na tém, aby się powiodła. Ponieważ znaczna liczba wystawców już się zgłosiła, mimo że termin zgłoszeń jeszcze nie upłynął, więc wystawie powodzenie rokować można.

(Dokończenie nastąpi.)

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* Szkoła dentystyczna w Genewie. Otrzymaliśmy okólnik w języku francuskim, podpisany przez rodaka naszego prof. Laskowskiego, w sprawie nowo powstającéj szkoły dentystycznéj w Genewie. Założona na mocy ustawy z dn. 9go lipca r. b. i na podstawie regulaminu, zatwierdzonego przez Radę rządową w d. 16 września rb., otwartą zostanie d. 21 bm. Na czele zakładu stoi komisyja, złożona z 5 członków, a mianowicie prof. Laskowskiego jako prezesa, prof. Vullieta także z wydziału lek., prof. Picteta, chemika, z wydziału filozoficznego, i dwóch profesorów dentystów. W kursie zimowym bieżącym wykładać będą dla uczniów téj szkoły oprócz profesorów i docentów prywatnych dentystyki także na wydziale lek. proff. Laskowski (anatomiję opisową), Schiff (fizyjologiję), Zahn (anat. patol.), Juillard (klinikę chirurg.), Eternod (histologiję), a na wydziale filozof. Wartmann (fizykę), Graebe i Monnier (chemiję). Bliższych wyjaśnień udziela *Departement de l'Instruction publique* albo *l'Ecole dentaire de Genève* (16, rue de Lausanne) oraz dokładny regulamin, który również otrzymaliśmy, a którym chętnie osobom interesującym się służyć możemy.

* Cholera azyjatycka pojawiła się w kilku miejscowościach Wschodu. Niebezpiecznym jest dla Europy wybuch epidemii w Aden nad morzem Czerwoném, gdzie parostatki zatrzymują się celem zaopatrzenia się w węgle. Niebezpieczeństwo jest têm większe, o ile to jest pora pielgrzymek do Mekki, w których wielka liczba pobożnych mahometan bierze udział. Podobno epidemija już przewleczoną została do Aleksandryi. W obec tych faktów międzynarodowa Rada zdrowia, ustanowiona na Wschodzie jeszcze za czasów Napoleona III, przedsięwzięła potrzebne środki ostrożności; rozchodzi się tylko o to, aby one były wykonywane przez władze tureckie i egipskie. Swoją drogą państwa europejskie zaprowadzają kwarantany dla wszystkich statków ze Wschodu przybywających, tak np. państwo austro-węgierskie wydało odnośne polecenia władzom nadmorskim w Tryjeście i Rjece.

Statystyka epidemij. W tygodniu 37 (do 10 września) ospa w Londynie utrzymywała się w jednakowém nasileniu. Świeżo zapadło 114, umarło 27, leczyło się w szpitalach 627. W Wiedniu umarło 9, w Budapeszcie 4, w Paryżu 11, w Petersburgu 6, w Saragosie 10. Z duru brzusznego umarło mniéj w Paryżu i Petersburgu. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 7, w Londynie 2, w Murcyi i Saragosie po 3. Z czerwonki umarło w Granadzie do 28 sierpnia 31. Z biegunki umierało mniéj dzieci w Budapeszcie, Paryżu, Londynie, Petersburgu i Odesie, nieco więcéj w Wiedniu, Brukseli i Stokholmie. Od 1—15 lipca umarło w Rio de Janeiro 8 z febry żółtéj. W tygodniu 38 (do 17 września) umarło w Krakowie: 1 z odry, 1 z płonicy, 1 z błonicy, 2 z krztuśca, 1 z duru brzusznego, 1 z duru osutkowego 2 z czerwonki, 1 z kiły, a doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku ospy, 4 błonicy, 4 duru brzusznego, 3 duru osutkowego, 3 czerwonki.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 37 (do 10 września) umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 34,9; we Lwowie 30,1; w Poznaniu 45,1; w Wiedniu 25,5; w Budapeszcie 30,8; w Pradze 23,1; w Tryjeście 28,1; w Berlinie 21,4; w Wrocławiu 30,0; w Gdańsku 24,0; w Mnichowie 36,6; w Dreźnie 26,4; w Lipsku 18,8; w Bazylei 17,6; w Brukseli 25,3; w Amsterdamie 18,7; w Hadze 22,0; w Paryżu 23,3; w Londynie 16,7; w Kopenhadze 17,7; w Stokholmie 23,8; w Chrystyjanii 17,3; w Petersburgu 40,9; w Odesie 40,0; w Bukareszcie 23,7; w Madrycie 40,6; w Saragosie 49,5; w Granadzie 64,0; w Nowym Jorku 36,2; w Filadelfii 24,3; w Bombayu 37,8; w Madrasie 38,8. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 6 października. N. Pan mianował dyrektora ces. rosyjskiéj szkoły weterynarskiéj w Kazaniu, Dra Piotra Seifmanna profesorem kliniki lekarskiéj i chirurgicznéj w założyć się mającéj we Lwowie szkole weterynaryi i kucia koni, tudzież dyrektorem tego zakładu; docentów zaś na Wydziale lek. Uniw. Jagiell. Dra Henryka Kadyiego i Dra Antoniego Barańskiego profesorami zwyczajnymi, mianowicie pierwszego anatomii opisowéj i patologicznéj, drugiego fizyjologii i produkcyi zwierząt w pomienionym zakładzie.

N. Pan nadał lekarzowi powiatowemu w Kołomyi Drowi Wincentemu Szymonowiczowi tytuł radcy cesarskiego, a to z okoliczności przeniesienia go w stały stan spoczynku, uznając jego długoletnią, wierną i skuteczną działalność w publicznéj służbie zdrowia.

Namiestnik mianował Dra Karola Bendę i Dra Karola Wągrowskiego lekarzy powiatowych 2giéj kl. lekarzami powiatowemi 1széj kl., pozostawiając ich w dotychczasowéj służbie; asystentów sanitarnych Dra Konstantego Męcińskiego i Dra Kazimierza Ciepielowskiego lekarzami powiatowymi 2giéj kl., pierwszego w Skałacie, ostatniego w Turce; Dra Ignacego Jendla, Dra Jana Filewicza i Dra Wincentego Nycza asystentami sanitarnymi, pierwszego w Starém mieście, drugiego w Kolbuszowie, ostatniego w Bohorodczanach; przeniósł zaś lekarzy powiatowych: Dra Wojciecha Stankę z Drohobycza do Tarnowa, Dra Ignacego Janowskiego ze Skałatu do Drohobycza, Dra Maksymilijana Rosnera z Buczacza do Kołomyi a Dra Ferdynanda Obtułowicza z Turki do Buczacza.

* Prof. Korczyński powrócił już z Trenczyna w stanie znacznie polepszonym i rozpocznie wykłady swe zarówno z innymi profesorami.

* Na posiedzeniu Sejmu w d. 30 września odbytém Komisyja edukacyjna uczyniła wniosek, aby wezwać rząd do otworzenia Wydziału lekarskiego we Lwowie kosztem państwa. Po przemówieniu sprawozdawcy Dieduszyckiego i rektora uniwersytetu lwowskiego wniosek ten jednomyślnie został przyjęty.

Uchwała ta zapewne dozna tego samego losu, co liczne uchwały poprzednie. Zdaniem naszém, które już raz wypowiedzieliśmy, nie będzie mowy o Wydziale lekarskim we Lwowie, dopóki kraj nie oświadczy gotowości przyczynienia się do jego utworzenia znaczniejszą kwotą pieniężną.

* Według nadesłanego nam wykazu w Cieplicach czeskich do d. 21 września było gości 10,061.

* **Budapeszt**. Zamiast Pasteura, który na zaproszenie ministra handlu przybyć nie mógł, będąc właśnie zajęty badaniem mikroorganizmów febry żółtéj, przybył do stolicy węgierskiéj asystent jego Dr. Tullier i w przytomności delegatów ministerstwa oraz uczonych lekarzy i przyrodników przystąpił do szczepienia ochronnego przeciw wąglikowi. Dr. Tullier nie ukrywa swego postępowania, i owszem poucza każdego, który sprawą tą się zajmuje. *(W. med. Bl.)*

* **Nekrologija.** W Strasburgu umarł d. 22 września Dr. Schützenberger w 72 roku życia. Zmarły był profesorem kliniki wewnętrznéj w Strasburgu od r. 1845—1870.

D. 20 Września 1881 r. zmarł w Bełzie przeżywszy lat 66 lekarz Ambroży Neupauer, członek towarzystwa lek. galicyjskiego. W r. 1838 dyplomowany, przez dłuższy czas był lekarzem wojskowym, późniéj praktykował w m. Bełzie przez 30 lat, lecz w ostatnich latach złamany chorobą praktykę porzucił. Podczas pobytu w Bełzie piastował jakiś czas urząd burmistrza a przy otwarciu szkoły wydziałowéj wspomógł takową znaczną sumą pieniężną. Wymownym dowodem powszechnego uznania i szacunku był pogrzeb, na który z najodleglejszych stron obywatelstwo zjechało. Na grobie złożono wieńce od Towarzystwa lekarzy, od rady miasta Bełza, od grona nauczycielskiego szkół wydziałowych miasta Bełza. Cześć pamięci Jego!

Zygm. Blum.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 40: Mikuckiego: Siarczan ezeryny przy owrzodzeniach rogówki; J. Kramsztyka: Jaka jest wartość lecznicza peptonów (dok.); Funka: O technice endoskopii. — W *Medycynie* Nr. 40: Obalińskiego: Przy-

padek olbrzymiéj słoniowacizny części płciowych męzkich; Skórczewskiego: Przyczyny i rozwój niektórych postaci uporczywych biegunek oraz ich leczenie w Krynicy (c. d.)

Redakcyja otrzymała:

Dr. CHODUNSKY w Pradze: Třeti Sjezd polských lékarů a přirodozpytců v Krakově 1881. V 1881, in 8vo str. 82.

Dr. PRESL: Die Prophylaxis der übertragbaren Infectionskrankheiten. Wien u. Leipzig, Urban et Schwarzenberg 1881, in 8vo str. 147.

Wiener Medicinal-Kalender u. Recepttaschenbuch, V Jahrg. 1882, Wien, Urban et Schwarzenberg.

Prof. TAMASSIA w Pawii: Dell' intossicazione acutissima per solfuro di carbonio, Reggio nell' Emilia 1881, in 8vo str. 92.

Tenże: Gli ultimi studii sulla criminalità. Reggio 1881, in 8vo str. 46.

Sprostowanie. W Nrze 40, na str. 409, w szpalcie 1széj, wiersz 30 od góry w tytule zam. *Aetiologie der Pilzkrankheiten etc.* winno być *„Zur Aetiologie der Infectionskrankheiten etc.“*

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Ulica Podwale Nr. 84.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Boulv. Voltaire 180, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują. Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 15 października 1881. № 42. Rok XX.

I. Doświadczenia z dziedziny neurochirurgii.

Podał Docent Dr. Obaliński.

I. Naciąganie nerwów *(neurotonia)*.

Operacyja ta nie jest dzisiaj już nową, dwanaście bowiem lat upływa od czasu, jak ją po raz pierwszy mimo woli wykonał Billroth, a dziewiąty rok jak téj metody świadomie w celach leczniczych użył Nussbaum. Odtąd zaczęto jéj coraz to częściéj używać. Oprócz Nussbauma gorąco, zajął się tą sprawą Vogt w Gryfii i przysporzył jéj nie mało zwolenników wydając w r. 1877 swą monografiję opartą na studyjach doświadczalnych i klinicznych pod napisem: „*Die Nervendehnung als Operation in der chirurgischen Praxis.*" Chcąc nadać operacyi téj podstawę fizyjologiczną, umiejętną i znaleźć nowe tory dla wskazań, przedsięwziął autor szereg doświadczeń, które go do następnych doprowadziły rezultatów: 1) że nerw prawidłowy jest w bardzo miernym stopniu elastycznym i rozciągliwym. Granice téj rozciągliwości zchodzą się z granicami fizyjologicznych ekskursyj pojedyńczych części ciała. Nie przekraczając tych granic w czasie naciągania nie sprowadzamy zboczeń w przewodnictwie nerwów; 2) że naciąganie nerwów, chociażby posunięto je aż do przerwania tegoż, nie wywiera mechanicznego wpływu ani na rdzeń pacierzowy ani nawet na korzenie nerwowe, że zaś przeciwnie działa ono na obwodowe zakończenia nerwów; 3) że anatomiczne zmiany, naciąganiem wywołane, polegają na przesunięciu i złużnieniu nerwu w swéj pochwie (owłókni) i na znaczniejszém pokręceniu i rozszerzeniu naczyń pochewkowych. Nie tak dobrze wypadły mu badania z nerwami w stanie patologicznym, gdyż z jednéj strony nie udało mu się wywołać u zwierząt tężca, a z drugiéj strony sztucznie sprowadzone zapalenie nerwów *(neuritis)* przebiegało po większéj części dobrze w mniéj więcéj dwudziestu kilku dniach; to tylko sprawdził Vogt, że naciągając równocześnie zadrażniony nerw skrócił przebieg zapalenia i przerywał bieg jego dośrodkowy. Podówczas zestawił on 12 przypadków naciągania nerwów, z ktrych 7 przypadło na newralgije, 1 na kloniczne kurcze, 2 na padaczkę i 2 na tężec urazowy. W końcu zastanawia się autor nad techniką operacyi i podaje dokładne wskazówki anatomiczno-topograficzne.

Odtąd mnożyły się przypadki naciągania nerwów coraz bardziéj lecz tylko w zakresie wyżéj wymienionych chorób. Dopiero Langenbuch rozszerzył znacznie jéj wskazania, ogłaszając w r. 1879 swój pierwszy przypadek wyleczenia chorego dotkniętego wiądem rdzenia pacierzowego. Świetny ten rezultat wywołał w świecie lekarskim znaczny ruch; jedni poszli w ślad za Langenbuchem i stwierdzali jego zdobycze w szpitalach, jak Esmarch, Erlenmayer, Debove, Schüssler i inni; u drugich wzbudził on podejrzenia i niedowierzania, których jawnym dowodem była nieco przyostra i przeciw chirurgom zawodowym w ogóle skierowana przemowa Leydena, a którą z godnością lecz dosadnie odparł nestor chirurgów Langenbeck; u innych wreszcze reakcyja ta wydała może najzbawienniejsze skutki, albowiem zwróciła ich do sumiennych i ściśle umiejętnych badań, nad któremi przedewszystkiém zastanowić nam się wypada.

Na pierwszém miejscu zasługują na wzmiankę prace francuzkie: Brown-Séquard przecinał zwierzętom rdzeń pacierzowy do połowy, przez co wywołał anestezyję w odnodze tylnéj przeciwnéj strony. Po naciągnieniu tamże nerwu kulszowego albo wracało czucie albo nawet pojawiała się hyperestezyja. — Do odmiennych rezultatów doszli Debove i Laborde. Wywoływali oni przez przecięcie połowicze lub całkowite rdzenia pacierzowego oprócz ogólnéj epilepsyi także i częściową, która się objawiała energicznem drżeniem tylnych odnóg przy lekkiém nawet podrażnieniu którejkolwiek z tych odnóg. Po naciągnieniu prawego nerwu kulszowego nie wywoływało szczypanie prawéj odnogi powyższych odruchów, podczas gdy szczypanie lewéj sprowadzało natychmiast drżenie w prawéj, zkąd wniosek, że naciągnięty nerw nie przewodzi dośrodkowo tylko odśrodkowo, czyli że naciąganie nerwu znosi jego przewodnictwo czucia pozostawiając ruchy nienaruszonemi. Doświadczenia te potrzebują jeszcze kontroli, gdyż jak widzimy rezultaty tych ostatnich badaczy sprzeciwiają się doświadczeniom Brown Séquarda.

Witkowski w Strassburgu badał pod mikroskopem nerwy za życia naciągane i twierdzi na podstawie tych badań, że naciąganie nie działa tylko po prostu dynamicznie lub zmieniając krążenie krwi w nerwie, lecz sprowadza w niém zwyrodnienie, po którém wkrótce następuje odradzanie, uważa zatém naciąganie za rodzaj odświeżenia nerwu.

W końcu wypada mi przytoczyć zapatrywania samego Langenbucha, które ściśle loicznie przeprowadzone nadzwyczaj ponętnie do przekonania mego trafiają. Przedewszystkiém twierdzi on, że ataksyja dopiero w końcowych okresach objawia się jako skleroza sznurów tylnych i że ona bierze początek w zwyrodnieniu nerwów, a na poparcie tego twierdzenia przytacza: 1) że bardzo mało znamy zmiany anatomopatologiczne w początkowych okresach ataksyi; 2) że przy operacyi naciągania nerwów tak często te ostatnie znachodzimy zmienione; 3) że zazwyczaj ulegają zwyrodnieniu sznury klinowate, które są przedłużeniem istoty nerwowéj obwodowéj; 4) że w największéj liczbie przypadków da się wykazać ziębnięcie, i to najczęściéj skutkiem przemoczenia nóg, jako przyczyna choroby; 5) bóle strzelające w odnogach dolnych pojawiające się w przebiegu ataksyi, a dające się uśmierzać miejscowemi manipulacyjami, także przemawiają za obwodowém pochodzeniem saméj choroby.

Okoliczność, że skleroza tkanki łącznéj więcéj szkodzi włóknom nerwowym rdzenia pacierzowego niż samych nerwów obwodowych, ma mieć przyczynę w stosunkach miejscowych, a mianowicie w wolném położeniu tych ostatnich, a szczelnie zamkniętém pierwszego.

Zastanawiając się z tego stanowiska na chorobę wyobraża sobie Langenbuch, że naciąganie nerwów działa podobnie jak wiele innych środków mechanicznych używanych w celu usunięcia wypocin, stwardnień, zesztywnień itp. stanów pozapalnych, a jakiemi są rozcieranie, smarowanie, miesienie *(massage)* itd. Z drugiéj strony, powołując się już na Brown-Séquarda, twierdzi, że pobudzające działanie naciągania służy do wzmocnienia pozostałych jeszcze włókien nerwowych, które oprzeć się mają biorącéj nad niemi przewagę tkance łącznéj i zastąpić w czynności uległe już w téj walce inne włókna nerwowe.

Po tém krótkiém rozpatrzeniu się w obecném stanowisku wiedzy naszéj na tém polu, przyzna każdy, że tu jeszcze wiele jest do zrobienia, a przedewszystkiém potrzeba sumiennych sprawozdań klinicznych i szpitalnych i to obejmujących nie tylko pomyślne ale i niepomyślne przypadki, do czego lekarzy wzywają Westphal i Erb. To też i ja, idąc za tym głosem, podaję do publicznéj wiadomości moje doświadczenia, zebrane w oddziale chirurgicznym szpitala św. Łazarza.

Naciągania nerwów dokonałem w czterech przypadkach, a mianowicie dwa razy w zapaleniu nerwu (*neuritis*), raz w tężcu *(tetanus)* i raz w wiądzie rdzenia pacierzowego (*tabes dorsalis*).

1) Hildegarda Z. panna, lat 30 licząca, zgłosiła się na oddział chirurgiczny szpitala św. Łazarza w dniu 18 lipca 1877 r. z powodu bardzo znacznych, sen odbierających, bólów w odnodze górnéj lewéj, które trwają już od pół roku, wystąpiwszy po upadnięciu na rękę lewą. Podówczas założył lekarz miejscowy, w przypuszczeniu złamania kości sprychowéj, przyrząd ustalający od połowy ręki aż do połowy ramienia, i usunął tym sposobem nieznośne bóle, które jednak po zdjęciu przyrządu, tj. po 4 tygodniach, z tą samą wystąpiły gwałtownością jak i poprzednio. W tym czasie widziałem chorą po raz pierwszy, było to mniéj więcéj w 2 miesiące po doznaném uszkodzeniu. Przekonawszy się dokładnie, że tu nie ma żadnego cierpienia w stawie nadgarstkowym, pomimo że chora okazuje zagięcie ręki ku wewnątrz (*Flexions-Contractur*), daléj że na kości sprychowéj w jéj dolnéj $^1/_3$ części nie ma żadnych zboczeń, któreby przemawiały za świeżo wyleczoném złamaniem téjże kości, a natomiast znalazłszy bolesność przy ucisku na nerwy: sprychowy, łokciowy i pośrodkowy nie tylko na przedramieniu lecz i na ramieniu obok początkowych zmian odżywczych w saméj ręce rozpoznałem zapalenie nerwu dośrodkowe (*neuritis ascendens nervorum brachii sinistri*) i odesłałem pacyjentkę do kolegi Domańskiego celem stósowania prądu galwanicznego.

Gdy jednakże chora po kilku tygodniach znów się zgłosiła do mnie twierdząc, że mimo leczenia elektrycznością, które jéj nadto z powodu znacznego oddalenia (mieszkała na Podgórzu) bardzo było uciążliwém, choroba nie tylko daléj postępuje, ale przybiera bardzo groźne rozmiary, albowiem bóle pojawiają się już i na szyi i to z taką gwałtownością, iż chora po całych nocach nie sypia; przedstawiłem jéj, że mogę ją przyjąć na oddział chirurgiczny w szpitalu św. Łazarza celem wykonania na niéj naciągania nerwów, która to operacyja właśnie co świeżo zalecaną była w podobnych nerwowych przypadach przez Nussbauma i Vogta, kładąc nacisk na to, iż nie wiem, czy jéj to pomoże, lecz że dla próby radzę poddać się temu rękoczynowi.

Chora przyjęła tę propozycyję prawie z entuzyjazmem i w kilka dni późniéj była już w szpitalu.

Celem uzupełnienia stanu jéj ówczesnego dodać winienem, że pacyjentka była bardzo miernie odżywioną, że oprócz pewnego stopnia nerwowości macinniczéj *(hysteriasis)*, obok bólu pojawiającego się przy ucisku na okolicę lewego jajnika, nie okazywała zresztą żadnych innych zboczeń. Miesiączkowanie odbywało się prawidłowo. W dniu 24 lipca przystąpiłem po zachloroformowaniu choréj do operacyi, która polegała na tém, iż odsłoniłem na ramieniu lewém wszystkie trzy nerwy: sprychowy, łokciowy i pośrodkowy, oddzieliłem je od ich pochewek i tak dośrodkowo jak i odśrodkowo silnie naciągnąłem. Na odsłoniętych nerwach nie udawało mi się dostrzegać jakiéjkolwiek zmiany patologicznéj. Operacyja i opatrunek z zachowaniem antyseptycznych przepisów. Tuż po operacyi mogła chora otworzyć palce przed tém ciągle ku dołowi zagięte.

Z przebiegu pooperacyjnego wypada zanotować co następuje: Już tego samego wieczora skarżyła się chora na takie same bóle jak przed operacyją, również i na drugi dzień, tak iż musiano powrócić do wstrzykiwań podskórnych morfinu, jakie brała przed operacyją. Bóle zaczęły się zmniejszać dopiero po dwóch tygodniach równocześnie z postępem zabliźniania się ran operacyjnych. W miesiąc po operacyi opuszcza chora zakład zupełnie bez bólów i z możebnością poruszania tak palcami jakoteż w łokciu i ramieniu, czego przed tém wykonywać nie mogła; z dawnych przypadów pozostało jedynie wychudnienie ręki i zagięcie w stawie nadgarstkowym, chociaż w mniejszym stopniu niż poprzednio.

Tak ja jak i pacyjentka byliśmy entuzyjazmowani dla nowéj metody operacyjnéj i wyczekiwałem niecierpliwie drugiego przypadku, na którymby można stwierdzić świetne te rezultaty. Nie długo jednak niestety cieszyliśmy się niemi. Po dwóch bowiem miesiącach zaczęła się chora znów skarżyć na powracające bóle, a po trzech znalazłem ją tak samo cierpiącą jak przed operacyją. W tym stanie przebyła

chora kilka lat; na wiosnę bieżącego roku zgłosiła się znów do mnie z prośbą aby jéj naciągnąć nerwy na szyi, gdyż bóle jéj tam najbardziéj dokuczają. W obec poprzedniego doświadczenia nie mogłem się na to zgodzić i odesłałem znowu pacyjentkę do kolegi Domańskiego, którego usilnym zabiegom udało się ostatecznie doprowadzić do tego iż przy używaniu prądu stałego bóle w znacznéj części ustąpiły a zwolna wraca władza w palcach i ruchomość w stawach.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Z kliniki chirurgicznéj Prof. Billrotha w Wiedniu

O użyciu jodoformu w leczeniu ran.

Skreślił Dr. Jan Mikulicz
asystent powyższéj kliniki i docent prywatny w Uniwersytecie wiedeńskim.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 41.)

Zarówno zadowalającemi były skutki, jakieśmy jodoformem osiągnęli po operacyjach w prostnicy. Naprzód wspomnę tu o operacyjach przetok prostnicowych, między któremi znajdowały się także takie, w których musiano wykonać wysoko sięgające nacięcia. We wszystkich razach wkładaliśmy w świeże rany paski gazy jodoformowéj, które pozostawialiśmy przez 5—8 dni, podczas gdy zarazem opiatami stolec powstrzymywaliśmy. Dopiero pod koniec pierwszego tygodnia pierwotne paski gazy z pierwszym stolcem wydalone zostały, a odtąd zmieniano takowe za każdym stolcem. Przytém paski same prawie zawsze były bezwonne, a zapalnego podrażnienia nie było nigdy. Rozumie się przez się, że chorzy przytém prawie żadnych boleści nie czuli, jakotéż o wiele lepiéj się mieli aniżeli wtedy, gdyby opatrunek codziennie zmieniano. Skoro tylko rany czysto brodawkować zaczęły, zastąpiliśmy opatrunek jodoformowy opatrunkiem maściowym.

Daléj przeprowadziliśmy w 3ch ciężkich przypadkach wycięcia prostnicy z powodu raka leczenie gazą jodoformową. Jak wiadomo tego rodzaju rękoczyny ostatniemi czasy dzięki Volkmannowi doszły do wysokiego stopnia doskonałości. Volkmann wykazał, że w lżejszych przypadkach można opatrunek Listerowski z bardzo dobrym skutkiem zastósować, podczas gdy w przypadkach trudniejszych za pomocą ustawicznego natryskiwania można osiągnąć przebieg aseptyczny. Do drugiego rodzaju przypadków należą głównie wysoko sięgające raki prostnicy, dla wycięcia których musiano jamę otrzewnową we większym rozmiarze otworzyć. Do tych operacyj odnosi się zresztą po części i to, com powyżéj o laparotomijach powiedział: los chorego pod pewnym względem już po dokonaniu operacyi jest rozstrzygniętym: t. j. otworzona jama otrzewnowa albo została zakażoną już podczas operacyi lub téż nie, a w miarę tego śmiertelne zapalenie otrzewny rozwinie się lub nie rozwinie się. Z tego téż powodu należy wystąpienie ostrego zapalenia otrzewny po największéj części przypisać błędowi popełnionemu podczas operacyi a nie jakiemuś błędowi w ciągu leczenia. Nie mogę się tu zapuścić w obszerniejszą dyskusyję nad tym przedmiotem, który stanowi wielce ważną kwestyję, będącą na porządku dziennym, a chciałbym tu podać tylko sposób, w jaki się u nas po takich operacyjach przeprowadza leczenie, które pod względem prostoty i większéj pewności również na pierwszeństwo zasługuje przed innemi metodami.

W owych 3ch wspomnianych przypadkach otworzono dwa razy otrzewną na większym obszarze. Po dokonanéj operacyi włożono w zdrową część prostnicy rurę drenową większego kalibru, aby umożliwić ujście gazom i odchodom; w około jednak zatkano całą ranę gazą jodoformową. Jeden z tych 3ch chorych umarł wkrótce w skutek ostrego zapalenia otrzewny; już podczas operacyi można było przypuścić, że otrzewna zakażoną została odchodami; w tym przypadku przeto nie mogło już także i leczenie dalsze pomódz. Dwaj inni chorzy wyzdrowieli. W jednym przypadku zostawała gaza jodoformowa przez 5 dni w ranie, zanim ją świeżą zastąpiono. Zatykadła pozostały zupełnie bezwonne a objawów zapalenia brakowało w okolicy. W ostatnim, przezemnie operowanym, przypadku, w którym chodziło o wycięcie ponownego raka, sięgającego aż do kości krzyżowéj, w którym nadto otrzewną w dwóch miejscach otwarto, pozostawiłem zatykadła nawet przez dwa tygodnie, a jednak nie spostrzegłem, aby asepsis została zagrożoną pomimo przepływających odchodów.

Że zastósowanie jodoformu także do ran, stojących w związku z narządem moczowym, jest w stanie sprowadzić prawie absolutnie pewny i aseptyczny przebieg gojenia się, o tém świadczą dwa przypadki. Tyczyły się one dwóch chorych z wielce rozwiniętym rakiem członka. Pod czas gdy w amputacyjach członka w lżejszych razach posługujemy się żegadłem, musiano w tych przypadkach utworzyć u nasady członka naprzód manszet skórny, poczém dopiero można było członek wyłuszczyć aż do korzenia ciał jamistych i tu dopiero odłączyć. Przez to powstała obszerna rana, otoczona po części tkanką jamistą, po części zaś tkanką łączną, w któréj głębi ujście cewki moczowéj wpadało. W obu przypadkach wypełniono te rany jamiste po prostu gazą jodoformową, którą zostawiono przez cały tydzień, zmieniając ją tylko po części powierzchownie. Dodaję tu wyraźnie, że nie używano cewnika. Chory początkowo oddawał mocz mimowiednie, a mocz przeciekał przez zatykadła jodoformowe. A chociaż one ustawicznie zwilżone były moczem i wydzielinami rany, to jednak brakowało rozkładania się, odoru i zapalnego oddziaływania. Chorzy byli w stanie już po kilku dniach powstać z opatrunkiem jodoformowym z łóżka; w drugim tygodniu rana była wyłożona czystą ziarniną.

Do téj tu opisanéj kategoryi ran należy wreszcie 5 przypadków całkowitego wyłuszczenia macicy *per vaginam*, których dalsze leczenie również w odpowiedni sposób gazą jodoformową przeprowadzono, a z których 4 przypadki z pomyślnym skutkiem przebiegły. Jak wiadomo, wykonał prof. Billroth już dawniéj 9 całkowitych wyłuszczeń macicy, a mianowicie 2 razy według metody Freunda przez laparotomiję, a 7 razy *per vaginam*. Pierwsze 2 przypadki zakończyły się śmiercią, z innych 7miu przebiegło 4 pomyślnie. Powody, dla których prof. Billroth jakotéż i wielu innych operatorów słusznie metodę Freundowską porzucili a natomiast metodę wyłuszczenia macicy *per vaginam* przyjęli, wyłożyłem przed rokiem w obszerniejszym artykule czasopisma *Wiener med. Wochenschrift* (*Uiber die Totalextirpation des Uterus* Nr. 47 i następne). Co się zaś tyczy leczenia dalszego w naszych dawniejszych przypadkach wyłuszczeń macicy *per vaginam*, to próbowaliśmy rozmaitych modyfikacyj; w ostatnim z tych przypadków przeprowadził prof. Billroth z pomyślnym skutkiem ustawiczne opłukiwanie rany *(irrigatio)* według mego pomysłu. Według mo-

jego zapatrywania metoda ta dawniéj dawała największą pewność co do aseptycznego przebiegu, można jéj jednak zarzucić niewygodność w zastosowaniu. Za pomocą jodoformu uproszczono dziś znacznie leczenie następowe po tych operacyjach. W ostatnich 5, dotychczas jeszcze nie ogłoszonych drukiem przypadkach, zatkaliśmy po dokonanéj operacyi całą ranę jamistą i część pochwy gazą jodoformową bez poprzedniego zeszycia otrzewny, pozostawiliśmy zatykadła przez cały tydzień, po tym czasie zmieniliśmy część tychże a dopiero w drugim tygodniu zastąpiliśmy wszystkie zatykadła świeżemi. W pierwszych 3ch przypadkach założył prof. Billroth w ranę, prócz gazy jodoformowéj, jeszcze rurkę drenową, dwie chore wyzdrowiały, trzecia zaś umarła w skutek ostrego zapalenia otrzewny. W tym przypadku nastąpiło zakażenie otrzewny, najprawdopodobniéj przez wydzieliny sposoczałego raka, a przeto niepomyślny wynik leczeniu przypisać nie można. We dwu innych przypadkach (jeden z nich operowałem sam) nie odrenowano ani rany ani jamy otrzewnowéj; oba przypadki wypadły pomyślnie.

Wreszcie mogę tu jeszcze dodać, że według orzeczenia asystenta klinicznego Dra F e l s e n r e i c h a przeprowadzono leczenie jodoformem po kilku operacyjach w pochwie (operacyja przetoki pęcherzowo pochwowéj, zeszycie śródkrocza) z pomyślnym skutkiem także w klinice prof. F e r n w a l d-B r a u n a.

B) R a n y z a k a ż o n e i w r z o d y.

Podczas gdy użycie jodoformu w leczeniu świeżych ran jest całkiem nowém, to przeciwnie w kategoryi ran, o których teraz będzie mowa, używali go dawniéj niektórzy chirurgowie z najlepszym skutkiem. Jednakowoż nie doprowadzono w tym kierunku do ogólnego rozpowszechnienia tego leku, który jednak, mimo że przecie w tak wielu przypadkach codziennéj praktyki tak wybitne korzyści przynosi, przez długi czas nie był wspólną własnością lekarzów. Niech mi tedy wolno będzie i przy téj grupie ran nieco dłużéj zatrzymać się.

Jodoform daje się z wielką korzyścią zastosować do każdéj zakażonéj rany i do każdego posoczącego wrzodu, ponieważ jest w stanie również i tu powstrzymać rozkładanie się w najkrótszym czasie. Jeżeli mamy przed sobą ranę lub wrzód tego rodzaju, potrzeba je tylko proszkiem jodoformowym posypać lub gazą jodoformową obłożyć, aby już w najkrótszym czasie, a częstokroć nawet po kilku godzinach, powstrzymać wszelki lokalny rozkład, a w ten sposób znikają najczęściéj równie szybko objawy, wywołane w skutek miejscowego zakażenia. Ponieważ, jak wiemy, jodoform tylko miejscowo działa, przeto baczyć na to należy, aby on się istotnie stykał ze wszystkiemi częściami powierzchni posoczącéj. Gdzie to łatwo przeprowadzić można, tam jodoform, chociaż jest stosunkowo słabym środkiem przeciwgnilnym, przecie na mocy swego ustawicznego działania skutkuje pewniéj i prędzéj aniżeli wszystkie inne, choćby najsilniejsze, antiseptica; daje on nam i tu nadto tę wielką korzyść, że wszelkiego drażnienia tkanin, wywoływanego innemi silnemi środkami przeciwgnilnemi zupełnie nie dostaje.

Używaliśmy jodoformu, w powyż podany sposób, naprzód w licznych przypadkach r a n z a n i e d b a n y c h po przypadkowych skaleczeniach. Ranę obnażaliśmy zupełnie, oczyściliśmy ją i posypaliśmy jodoformem; już następnego dnia znikł wszelki odór, wydzieliny zmniejszyły się, a zwykle ustawały także wszelkie boleści. Szczególnie w oczy wpadającém jest działanie jodoformu przeciwgnilne na rany po części zgorzelinowe, ponieważ w tych razach odgraniczenie i oddzielenie nawet wtedy bez woni następuje, jeżeli posoczenie poprzednio już nastąpiło było. Nader pouczającym w tym kierunku był następujący przypadek.

Pewną kobietę ukąsiła wiewiórka w palec wskazujący, w skutek czego rozwinęło się w przeciągu kilku dni głębokie zapalenie tkanki łącznéj, sięgające aż do przedramienia. Po 8miu dniach opuchła znacznie cała dłoń i część przedramienia; palec wskazujący uległ zgorzelinie aż do połowy pierwszéj falangi. Przez otwór zrobionego nacięcia wyciekła cuchnąca posoka, a chora cierpiała mimo nacięcia straszne boleści. Po dwóch dniach posypaliśmy wszystkie rany, w skutek nacięć powstałe, jodoformem, a po 24 dalszych godzinach znikł wszelki odór i ból, flegmona ograniczyła się, a oddzielenie dokonało się całkiem aseptycznie.

Codziennie wydarzające się przypadki z a n o g c i c y *(panaritium* i *paronychia)* leczyliśmy w podobny sposób z najlepszym skutkiem. Tak samo kilka przypadków powierzchownego zapalenia tkanki łącznéj podskórnéj na odnogach. Rozumie się, że w głęboko sięgających zapaleniach tkanki łącznéj jodoform, posypany powierzchownie na rany nacięte, nie może wywierać wpływu pewnego; w takich razach należy, po dokonaniu głębokich i wydatnych nacięć, powtykać w głęboko położone ogniska ropne pręciki jodoformowe. Jednakowoż radziłbym tu, prócz leczenia jodoformem, nie gardzić także od dawna doświadczonemi letniemi okładami.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. O wycinaniu okręgowém kawałków jelita z następném zeszyciem obu odcinków. *(Enterorrhaphia).*

Przez Dra Rydygiera.

Wykład kliniczny miany w streszczeniu na III Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie 1881 r.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 41).

Jeżeli odcinki jelit nie mają równéj szerokości, natenczas można najlepiéj wyrównać różnicę przez skośne ścięcie węższego światła, które to postępowanie były mój asystent Dr. Wehr przy wycinaniu częściowém żołądka podał.

Rzadko, sądzę, wydarzy się przypadek, w którymby różnica świateł była tak znaczną, iżby postępowanie to przy jelitach nie było wystarczającém. W takim razie przekładałbym nad ułożenie fałd wycięcie odpowiedniego klina podłużnego z ściany szerszego odcinka i zeszycie podłużne, jak to pierwszy zaleciłem przy wycinaniu odźwiernika [1]).

[1]) Wyraźnie uwydatniam tutaj moje pierwszeństwo co do tego postępowania. (które ja najpierw podałem i wykonałem) naprzeciw Wölflerowi *(Uiber die von Herrn Prof. Billroth ausgeführten Resectionen des carcinomatösen Pylorus).* Wölfler zdaje się nie zrozumiał mnie i podaje późniéj we Wiedniu używane postępowanie jako zasadniczo odmienne. Zasada tych niby odmiennych sposobów jest jedna i ta sama: z r ó w n a n i e ś w i a t ł a z e s z y ć s i ę m a j ą c y c h o d c i n k ó w z a p o m o c ą z w ę ż e n i a w i ę k s z e g o ś w i a t ł a. Jedyna różnica, sądzę, polega tylko na odmiennéj nazwie sposobu i odmiennym porządku zakładania szwów. Podczas gdy ja powiadam, że światło żołądka zwężam przez wycinanie odpowiedniego klina z zagięcia wielkiego *(Dt. Z. f. Chir.* Dr. XIV) i daléj (ostatni kongres chir. i Lgbcka Arch. tom XXVI, zeszyt 3) przez wycięcie kawałka z górnéj części żołądka wraz z pierścieniem odźwiernika, przyczém celem zamknięcia żołądka najdłuższe uciskadło „skośnie“

Przy bardzo małéj różnicy świateł wystarcza „wszycie", jak to np. Schinzinger *(Zur Darmresection, Wien. med. Wochenschrift*, 1881, Nr. 37) niedawno wykonał. Po założeniu szwu jelitowego złącza się śródjelicie kilku szwami, mianowicie w bliskości jelit założonemi. Inni zalecają odwrotnie najprzód śródjelicie zeszyć. Mnie się zdaje, że wtedy pierwszy szew jelitowy przy osadzie śródjelicia trudniéjby się zakładał, aniżeli w tym razie, jeżeli śródjelicie nie jest zeszytém.

Jako V i ostatnia część operacyi następuje odprowadzenie jelita i zeszycie ścian brzusznych po poprzedniém dokładném oczyszczeniu zeszytych części jelit. Gdyby się o dokładności szwu z jakiéjkolwiekbądź przyczyny wątpiło, to możnaby wyjątkowo, jak np. Schede uczynił, zeszytą pętlicę pozostawić na zewnątrz, zwykle trzeba, zalecić odprowadzenie.

Leczenie następowe polega na stosowném żywieniu i na podawaniu nastoju makowcowego. Późniéj może być wskazane nalanie wody do odbytu. Powikłanie, jakoto zapalenie otrzewnéj, ropnie kałowe itd., leczy się wedle zwykłych znanych zasad chirurgii.

Dodatek I.

Krótki opis doświadczeń na psach podjętych.

Doświadczenia moje na psach podjąłem, celem wyświecenia następujących wątpliwych kwestyj techniki operacyjnéj wycinania kawałków jelita:

1) Czy katgut jest dostatecznie trwałym, żeby go używać do szwu jelitowego lub też za szybko zostaje wessanym?

2) Czy elastyczne uciskadła, przezemnie podane, dość silnie uciskają tak, że wystarczą nawet w przypadkach, w których ciśnienie treści jelitowéj jest podwyższoném?

3) Czy oddzielenie śródjelicia od przeciętego jelita o tyle jest niebezpieczném, jak Madelung podał?

4) Czy to oddzielenie równie jest niebezpieczne dla jelita nieprzeciętego?

5) Czy można na pewno ufać szwu jelitowemu, którego pierwszy rząd stanowi szew kuśnierski założony w sposób na wstępie bliżéj opisany, a drugi szew Lemberta?

Na te pytania znalazłem odpowiedź stanowczą w mych doświadczeniach, a podałem ją już w toku opisu sposobu operowania. Pytania, czy należy w zgorzeli uwięzgniętéj przepukliny założyć otwór odchodowy nieprawidłowy, lub też pętlę zgorzelinową wyciąć, nie podjąłem się w drodze eksperymentalnéj rozwiązać, gdyż po doświadczeniach Becka *(Ueber die Behandlung gangränöser Hernien, gestützt auf 69 Vivisections-Resultaten. Lgbcks Arch.* XXV tom, 1 zeszyt) nie spodziewałem się nic nowego znaleźć. Zresztą daleko pewniejszą odpowiedź na to pytanie znaleźlibyśmy, gdyby była pod ręką dostatecznie wielka statystyka wykazująca, ilu umiera na zgorzel uwięzgniętéj przepukliny bez operacyi a ilu po operacyi. Znaczna liczba śmiertelności po téj operacyi sama niczego nie dowodzi, wiadomo bowiem, że i bez operacyi dużo chorych na to cierpienie umiera.

Doświadczenie I. Dnia 10 czerwca r. b. operowaliśmy małą, czarną suczkę, przestrzegając wszelkich przepisów sposobu przeciwgnilnego; tylko sprayu nie używaliśmy. Cięcie brzuszne w lewéj stronie pachwinowéj; oddzielenie śródjelicia pomiędzy kilku podwiązkami; założenie naszych elastycznych uciskadeł; wycięcie kawałka jelita 36cm. długiego; szew Czernego z najcieńszego katgutu; 13 wewnętrznych, 14 zewnętrznych szwów, 4 śródjelitowe; kilkakrotne spłókanie ciepłą wodą karbolową; zeszycie ścian brzusznych szwem kuśnierskim; założenie opatrunku przeciwgnilnego z gazy i waty, przymocowanego kaftanem z grubego płótna. Podobnego opatrunku używaliśmy także we wszystkich następnych doświadczeniach. W przebiegu pooperacyjnym nie zauważyliśmy nic nadzwyczajnego: w pierwszych dniach dostawał pies tylko mléko; wymiotów nie było. Dnia 19 lipca zabiliśmy psa celem późniejszéj demonstracyi preparatów w Krakowie: rana ścian brzusznych zrośnięta; w miejscu wycięcia kiszki pętle pomiędzy sobą pozlepiane; rana jelitowa zupełnie zrośnięta; po przecięciu jelita widzimy i brzegi błony śluzowéj z sobą połączone; nie spostrzegamy wystawania zeszytego miejsca do światła jelita.

Doświadczenie 2. Dnia 5go lipca r. b. operowaliśmy średniego, żółtego psa. Cięcie brzuszne w linii białéj; przecięcie śródjelicia o ile możności blizko podstawy, przez co się zyska na czasie, gdyż podwiązując pnie naczyń śródjelicia nie potrzebujemy zakładać tyle podwiązek, ile wyżéj na pojedyńcze gałązki. Założenie uciskadeł; wycięcie 78cm. jelita zeszycie szwem Czernego ze zwyczajnego katgutu: 11 wewnętrznych, 9 zewnętrznych szwów, 2 śródjelitowe blizko przyczepu do jelita założone. W dalszych doświadczeniach podobnie postępowaliśmy co do zeszycia śródjelicia; szew kuśnierski ścian brzusznych. Dnia 19 lipca rb. zabiliśmy psa zupełnie zdrowego. Rana brzuszna zagojona; pętle jelit na około miejsca wycięcia pozlepiane; rana jelitowa zupełnie zagojona; po przecięciu jelita widać, że na małém ograniczoném miejscu błony śluzowe nie zupełnie połączone, co wcale nie przeszkodziło, że zresztą ściany zupełnie były zrośnięte; śladu szwów nie możemy znaleźć.

Doświadczenie 3. Dnia 11 czerwca operowaliśmy małego, żółtego psa. Cięcie brzuszne, i wszystko, czego bliżéj nie opiszemy, tak wykonane w następnych doświadczeniach, jak w poprzednich. Wycięliśmy 110cm. jelita; 10 Gussenbauerowskich ósemkowych szwów, pomiędzy niemi 5 Lemberta; 3 szwy śródjelitowe. Po zeszyciu ścian brzusznych nagle pies oddychać przestaje, dostał zapewne za wiele chloroformu. Chwytamy go za tylne nogi, spuszczamy łbem na dół, a równocześnie robimy sztuczne oddychanie przez 5 minut. Pies powoli przychodzi do siebie, a po dalszych 5 minutach jest już zupełnie trzeźwy. Dnia 19 lipca psa zabiliśmy. Miejsce wycięcia zupełnie zrośnięte zlepione z wewnętrzną powierzchnią rany brzusznéj; kilka pętli jelit pomiędzy sobą zlepionych; katgutu ani śladu.

zakładam powiada Wölfler, iż oni w dwóch przypadkach, gdzie żołądek „skośnie" był ściętym ani „wstawki" ani fałdu nie otrzymali, podczas gdy Rydygier dla usunięcia znacznéj wstawki był zmuszony trójkąt wyciąć. Ja oznaczyłem wycięty kawałek, Wölfler zaś kierunek cięcia. Porównywając moją o wiele rychléj na Zjeździe chirurgów okazaną rycinę (*Lgbcks Arch.* l. c. pag. 743) z ryciną 7mą Wölflera, nie będzie można odmówić zupełnéj tożsamości, jeżli się w myśli doda szew na mojéj rycinie. Kierunek cięcia przez odźwiernik tworzy z kierunkiem trójkąta skośnokątną liniję. Mała różnica mogłaby przeto chyba być w złamaniu skośnéj linii przy wykonaniu cięcia, co jest bez znaczenia, gdyż po zeszyciu linija skośna Wölflerowska się łamie, jak to jego 7ma rycina uwydatnia. Ja zakładam najprzód szew okręgowy, a potém podłużny, aby widzieć, ile światła żołądka do szwu okręgowego potrzebuję, przez co z pewnością bardzo niemiłéj niespodzianki unikam, która się Mikuliczowi przy demonstracyi na ostatnim Zjeździe chirurgów przydarzyła, t. j. iż szew podłużny za daleko założył, a potém miał za mało światła żołądka i dla tego kilka szwów z podłużnego szwu napowrót rozciąć musiał. Przy operowaniu na żywym coś podobnego zapewne nie wydarzyłoby się tak łatwo, jak przy publicznéj demonstracyi na trupie i dla tego nie kładę wielkiéj wagi na to, jaki szew najprzód założymy.

Doświadczenie 4. Dnia 14go lipca operowaliśmy starego szpakowatego psa, którego przed kilku miesiącami użyto do wycięcia odźwiernika; krótko przed operacyją pies się nażarł. Wycięcie 164cm. jelita; pierwszy rząd szwu szew kuśnierski, bliżéj na wstępie opisany, drugi rząd 14 szwów Lemberta; 4 szwy śródjelitowe. Różnicę światła odcinków zrównaliśmy skośném ścięciem węższego światła podług Wehra. W nocy i dnia następnego po operacyi pies kilka razy wymiotuje; późniéj zupełnie wyzdrowiał. Dnia 19 lipca psa zabijamy: Rana brzuszna zlepiona, sieć przyrośnięta; kilka pętli naokoło miejsca wycięcia zlepionych; przy rozłączeniu tychże rozlepił się cokolwiek świeży szew jelitowy na wklęsłéj stronie.

Doświadczenie 5. Dnia 16 sierpnia r. b. wycinamy małemu, czarnemu psu 185cm. jelita. Do szwów i podwiązek użyliśmy katgutu chromowego przywiezionego wprost z Londynu od fabrykanta Listerowskiego D. Marra (Little Queen Street 27). Pierwszy rząd szew kuśnierski, drugi 16 szwów Lemberta; 2 szwy śródjelitowe. Pies do dziś zupełnie zdrów żyje.

Doświadczenie 6. Dnia 19 sierpnia r. b. wycinamy małéj siwoczarnéj suczce 72cm. jelita. I w tém doświadczeniu użyliśmy chromowego katgutu; pierwszy rząd szew kuśnierski, drugi 13 szwów Lemberta; 4 szwy śródjelitowe. Pies żyje do dziś dnia i zupełnie jest zdrów; nie okazuje żadnych przeszkód w trawieniu i wypróżnieniach.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

IV. Z oddziału położniczo-ginekologicznego profesora Madurowicza w szpitalu św. Łazarza.

Polip łożyskowy. Przyczynek kazuistyczny do rozpoznawania i leczenia krwotoków macicznych.

Napisał Dr. M. Kohn.

(Dokończenie. Patrz Nr. 41).

Dnia 11go sierpnia rb. Maryja J. szukała u mnie pomocy dla niszczących ją krwotoków i podaje, że liczy lat 43, jest żoną zamożnego wieśniaka, miesiączkuje od 17go roku życia regularnie w czterotygodniowych odstępach po 3 do 4 dni, miernie, bez bólów. Była zawsze zdrową, a od 22 lat zamężna rodziła cztery razy prawidlowo i lekko. Pierwszy poród przed 21 laty, czwarty przed 4 laty. Przed 8 miesiącami po raz piąty zastąpiwszy poroniła po 3 miesiącach ciąży i odtąd datuje się jéj choroba. Czując się zdrową, w ciągu 6tego tygodnia połogu wstała z łóżka, a w parę dni późniéj spostrzegła krwawe odchody nieznacznéj ilości, na które początkowo nie zważała. Odchody te trwając jednakże teraz już przez 5 miesięcy prawie ciągle tak ją osłabiły, że nie mogąc już prawie i chodzić z braku sił zmuszoną się widzi szukać pomocy lekarskiéj.

Badanie wykazało kobietę średniego wzrostu, silnéj budowy ciała, widocznie osłabioną, słaniającą się na nogach, bladą charakterystycznie na twarzy, z wiszącemi fałdami skóry opuchłéj pod oczyma, o błonach śluzowych nader bladych, prawie białych, skóra stóp i podudzia opuchła. Tętno słabe, nikłe, łatwo ugnieść się dające, ciepłota niepodwyższona, klatka piersiowa i brzuch nic nieprawidłowego nie przedstawiają. Mocz prawidłowy. Srom i międzykrocze wilgotne, cieczą krwawą zbroczone, ze sromu wypływa ciągle nieco płynu surowiczego blado-czerwono przymięszaną krwią zabarwionego. Przedsionek i pochwa nadzwyczaj blade, błona śluzowa pochwy wiotka, część pochwowa macicy krótka, gruba, miękka, ciastowata, ujście zewnętrzne krągłe opatrzone wrębami, otwarte dla końca palca, w dotyku flakowato miękkie. Dalszy ciąg macicy w przedniém sklepieniu, przy badaniu skombinowaném czuć ciało macicy znacznie powiększone, lecz miękkie, wydłużenia całéj macicy nie można stwierdzić. Sklepienia wolne, sonda wchodzi na 6 cm. do kanału macicznego. W wzierniku część pochwowa nadzwyczaj blada, z ujścia ciecze ciągle płyn surowiczy bladoróżowy, czasem z domieszką czystéj odosobnionéj w nim kropelki krwi.

Rozpoznałem na podstawie tego badania: *Polypus in cavo uteri*, nie orzekając nic więcéj o jego budowie anatomicznéj, gdyż jakkolwiek poronienie, będące według wywiadów początkiem choroby, przemawiało za utkaniem łożyskowém, to trwanie pięciomiesięczne choroby podało ten domysł w wątpliwość, gdyż o tak długiém pozostawaniu w macicy polipa włóknikowego nigdzie nie czytałem.

Chora zgodziwszy się na operacyję została w szpitalu, a nazajutrz przystąpiłem do następującego zabiegu:

W niezbyt głębokiéj narkozie chloroformowéj uskutecznionéj przez kolegę Dra Wasylewskiego rozszerzyłem w przeciągu 15 minut szyję macicy u naszéj choréj aż do grubości 16 mm. drążkami kauczukowemi sposobem Peaslego-Fritscha z wszelką łatwością, uważając wszakże, aby drążki wprowadzone do jamy macicy nie dochodziły do samego dna, co lewą ręką obejmującą przez powłoki brzuszne nader podatne dno macicy, łatwo można było stwierdzić. Nasuwało mi to myśl, że obrzęk tamże się znajdujący będzie dość znacznéj objętości. Wprowadziwszy do jamy macicy palec, wyczułem obrzęk miękki, kruchy, końcem palca rwać się dający, wypełniający rozszerzoną jamę macicy, u lewéj połowy jéj dna przyczepiony, jak mi się zdawało, szeroką podstawą. Wprowadziłem ostrą łyżkę Simona po palcu w kierunku przyczepu obrzęku, który jednym tylko obrotem jéj dał się odkleić i wraz z łyżką wypadł do pochwy. Palcem stwierdziłem teraz próżnię zupełną w macicy i gładkość jéj ścian, a przestrzykawszy ją roztworem kwasu karbolowego, podałem choréj przebudzonéj 1,5 g. wyciągu sporyszowego i założyłem tampon do pochwy. Odtąd chora nie miała żadnych więcéj odchodów, a wstawszy z łóżka po 4 dniach, opuściła zakład po tygodniu znacznie już lepiéj wyglądająca i silniejsza. Macica była już skurczoną, odchodów żadnych nie było, a choréj zaleciłem używanie w domu obok dyjety mięsnéj i wina także pigułek *c. ferro lactico*. Po miesiącu chorą znów widziałem, zupełnie już zdrową i dobrze wyglądającą. Odchody się więcéj nie pojawiły.

Obrzęk wydobyty był wielkości dużego orzecha włoskiego, makroskopijnie już od polipów śluzowych lub włókniaków skrzepami krwi się różniący, a prof. Browicz badaniem mikroskopowém stwierdził jego utkanie łożyskowe. Był to zatém: *Polypus placentaris uteri.*

Nie wiele pozostaje mi już do dodania; pozwolę sobie tylko krótko wygłosić wnioski, które z niniejszéj historyi choroby same się nasuwają. Zwróciłem już przy rozpoznaniu uwagę na długotrwałość choroby w tym przypadku, a zrobiłem to dla tego, że autorzy nigdzie nie wspominają o podobnym przeciągu czasu, a najczęściéj mówią o téj zmianie jako napotkanéj u położnic, a zatém w pierwszych kilku tygodniach po porodzie lub poronieniu (Braun, Veit). W naszym przypadku czas od poronienia wynosił 5 miesięcy, a

o nowém od tego czasu zastąpieniu i poronieniu nie może być mowy, gdyż przez całe 5 miesięcy trwał krwotok nieprzerwanie.

Pozwalam sobie niemniéj zwrócić uwagę na metodę rozszerzania szyi macicznéj w tym przypadku użytą, a w tym tygodniku przed rokiem już przezemnie opisaną i polecić ją, jako nadzwyczaj łatwą, wygodną, pewną i bezpieczną. Metodę tę Peasleego, przez Fritscha na kontynencie wprowadzoną, odpowiadającą w zupełności wymogom chirurgii *„cito, tuto et jucunde"* uważam za wzorową. W kilku przypadkach chorobowych już jéj używszy, nigdy nie miałem zawodu.

W końcu niech mi wolno będzie dodać słów parę o zapatrywaniu się na sprawę pozostawienia lub wydalenia pojedyńczych części dodatkowych jaja płodowego, zatrzymanych w macicy przy porodzie.

Nie darmo tak w zakładzie, jak i w praktyce prywatnéj oglądamy po skończonym porodzie części dodatkowe jaja płodowego. Chcemy bowiem wiedzieć, czy wszystko zostało wydalonem. Otóż w przypadkach, w których albo część błon, albo część łożyska, lub całe łożysko, jak się to we wczesnych poronieniach często zdarza, zostaje w macicy zatrzymanem, zdanie co do dalszego postępowania jest podzielonem. Jedni radzą postępować wyczekująco i zabierają się do rękoczynu dopiero, gdy ich do tego groźne przypady zmuszają, np. krwotok, *Endometritis puerperalis,* cuchnące odchody i gorączka. Inni wydobywają w pierwszych godzinach po porodzie pozostałe w jamie macicy cząstki. Sądzę, że na miejscu jest wspomnienie téj kwestyi z powodu opisanéj historyi choroby. Co do mnie, bezwarunkowo przyłączam się do drugiego zdania, tj. do rękoczynu niewyczekującego, wnioskując w ten sposób, że 1) działanie natury wskazuje nam tę drogę, i że co jest zbytecznem w jamie macicy, tém samém jest szkodliwém i wydalonem być winno; 2) że rękoczyn z zachowaniem warunków antiseptycznych wkrótce po porodzie w obec macicy jeszcze łatwo podatnéj wykonany z pewnością mniéj przedstawia niebezpieczeństwa, niż pozostawienie tych części w macicy, groźne, ba życiu zagrażające następstwa mieć mogące. W pierwszéj linii krwotok, który wystąpić może tak nagle i tak obficie, że przywołanie dopiero lekarza do pomocy jest już za późne i faktem jest, że w ten sposób ginie wiele położnic. Daléj wiemy, że części pozostałe w macicy ulegają najczęściéj rozpadowi a rana wnętrzna macicy skłonna do wessania tych rozpadowych istot, w ten sposób wywołuje groźne zakażenia. Jak trudną jest pomoc lekarska w obec *sepsis,* wiemy niestety, a choćby i tak nie było, czyż godzi się narażać położnicę na chorobę, mogąc jéj zapobiedz? Czyż nie wiemy, że działanie profilaktyczne w położnictwie więcéj zdziałać może, niż terapija powstałych chorób połogowych?

Przypadek tu opisany trzeciém jest możliwém następstwem, a nie jest to rzecz błaha, gdyż według licznych obserwacyj prowadzi ono do groźnéj często niedokrewności, będącéj w licznych razach powodem chorób umysłowych u kobiet (Veit).— Sądzę, że zbytecznémby było przypominać dopiero, jak ważną, ba konieczną, jest obecność lekarza przy każdym porodzie i ścisła obserwacyja choćby najbardziéj prawidłowego jego przebiegu; w kraju naszym jednak zdanie to niestety nie jest jeszcze wyrazem przekonania ogólnego i ztąd pochodzi, że liczne, w stosunku do innych krajów, zdarzają się przypadki śmiertelne i tak wiele jest kobiet chorych w skutek odbytych połogów.

V. Oceny i sprawozdania.

Lehrbuch der Physiologie des Menschen einschliesslich der Histologie und mikroskopischen Anatomie. Mit besonderer Berücksichtigung der praktischen Medicin. Von Prof. Dr. L. Landois. Zweite verbesserte und vermehrte Auflage. Mit zahlreichen Holzschnitten. Zweite Hälfte. (Bogen 31—65 Schluss.) Wien und Leipzig 1881. Urban et Schwarzenberg.

Odwołując się do tego, cośmy o pierwszéj części powiedzieli w Nrze 6 naszego pisma z r. b., widzimy i w téj części, która świeżo wyszła z pod prasy, jako koniec dzieła, też same zalety jasności i praktyczności, które cechują część pierwszą.

Część druga obejmuje dokończenie fizyjologii wydzielania, fizyjologiję ruchów, układu nerwowego, zmysłów, płodzenia i rozwoju. W osobnych ustępach obznajamia autor czytelnika z zasadami fizyki niezbędnemi do zrozumienia odpowiedniéj części fizyjologii, a w uwagach patologicznych podaje znaczenie fizyjologiczne różnych przypadków chorobowych. Na polu fizyjologii układu nerwowego przywiązujemy wielką wagę do objaśnień fizycznych i dodatków patologicznych, bo wiemy z własnego doświadczenia, iż młodzi lekarze obznajomieni jako tako z innemi częściami fizyjologii nie mają należytego pojęcia o fizyjologii nerwów, skutkiem czego nie mogą sobie zdać sprawy z prostych nieraz zjawisk chorobowych, a tém samém nie umieją ich wyzyskać ani dla nauki ani dla praktyki. Wyborne ryciny, w znacznéj części dla lepszego zrozumienia szematyczne, ułatwiają pojęcie przedmiotu i przyczyniają się niewątpliwie do podniesienia wartości dzieła i w tém drugiém wydaniu, które zapewne nie będzie ostatniém. *Prof. Domański.*

Prof. Dr. W. F. Loebisch: **Anleitung zur Harn-Analyse für praktische Aerzte, Studirende und Chemiker, mit besonderer Berücksichtigung der klinischen Medizin.** 1881 r. Urban et Schwarzenberg.

Mamy właśnie przed sobą drugie wydanie dzieła, które powinno się znajdować w rękach lekarza, nietylko chcącego umiejętnie pracować w zakresie medycyny wewnętrznéj, ale ale i każdego oddającego się li tylko praktyce. Wydanie drugie, znacznie obszerniejsze, zostało uzupełnione rozdziałami traktującemi o oznaczaniu ciał nieorganicznych moczu, o oznaczaniu barwików moczu, o wykrywaniu lotnych kwasów tłuszczowych itd. Znacznemu rozszerzeniu uległ rozdział o połączeniach aromatycznych moczu, daléj znajdujemy tutaj dostatecznie uwzględnione wszystkie najnowsze metody oznaczenia różnych składników moczu, jak metodę Pflügera miareczkowania mocznika azotanem rtęciowym, Ludwiga metodę oznaczania azotu w moczu, metodę Laurenta oznaczania cukru, sposoby wykrywania peptonów w moczu według Hofmeistra i Maixnera, nowe poglądy na peptonuryję i wydzielanie tłuszczu z moczem itd. Jako szczególniejszą wartość dzieła trzeba podnieść, że autor starał się wszędzie wykazać znaczenie praktyczne wszystkich nowszych zdobyczy na polu semijotyki moczu, a ze zadania swego w zupełności się wywiązał. Znajdujemy tutaj praktyczne wskazówki, które dla lekarza myślącego mogą być niejednokrotnie drogoskazem w dyjagnozie, gdy chodzi o rozwiązanie i wytłumaczenie zagadkowych i ciemnych objawów chorobowych. W ogóle autor starał się, aby podręcznik przez niego napisany nie był, jak większa część tego rodzaju książek, tylko podręcznikiem

w pracach zawodowych, w robotach w pracowni chemicznéj — ale, aby na równi z innemi dziełami dyjagnostycznemi, stanowił nieodzowną część biblijoteki podręcznéj lekarza praktycznego. Na końcu dzieła umieścił autor osobny rozdział o zachowaniu się moczu w różnych chorobach narządu moczowego, a wreszcie krótki przegląd patologii nerek, skreślony przeważnie według Bartelsa: *Handbuch der Krankheiten des Harnapparates.*

Co do strony zewnętrznéj, to dobry papier, wyrazisty druk, dość liczne, staranne drzeworyty w tekście, nic do życzenia nie pozostawiają. *Dr. Kopff.*

Dr. Thomayer: **Przypadek krwotoku do kory mózgowéj.**

Joanna H., 75-letnia wyrobnica, przyjęta z powodu kaszlu, duszności i bicia serca do szpitala powszechnego w Pradze, dostała podczas obserwacyi udaru mózgowego z utratą przytomności, poczém przeniesiono ją do kliniki chorób wewnętrznych. Badanie wykazało: Wielki niepokój, ciągłe zrywanie się z łóżka, pytań chora nie rozumie lub téż odpowiada na nie niezrozumiałém mruczeniem, w którém zaledwie niektóre nieartykułowane zgłoski rozpoznać można, łaknienie wygórowane, połykanie nieupośledzone, źrenice oddziaływają na światło; zresztą ogólne objawy zgrzybiałości wiekowéj. Prawa bruzda noso licowa zatarta, niewyraźna; na czole zmarszczki po obydwu stronach równe; ździergacze powiek działają prawidłowo; natomiast dolna połowa prawéj strony twarzy nieruchoma; chora nie zdoła złożyć ust do gwizdania lub uśmiechu, język pochyla się dość znacznie ku stronie prawéj. Zachowanie się podniebienia miękkiego i języczka niewiadome, gdyż chora nie może dostatecznie otworzyć ust. Czucie wszędzie zachowane, ruchy tak odnóg górnych jak i dolnych prawidlowe, niezborności ruchów nie ma. Tętno wielkie, poniekąd przyspieszone, twarde, prędkie. Wypuk płuc prawidłowy; stłumienie serca sięga od 5 do 7go żebra, uderzenie serca widoczne jako wzniesienie skurczowe na zewnątrz brodawki, nad zastawką dwukończystą pierwszy krótki szmer, drugi ton. W górnych częściach płuc oddech prawidłowy, w dolnych osłabiony. Mocz dość obfity zawiera trochę białka.

W ciągu leczenia stan choréj w pewnéj mierze się polepszał, gdy nagle przy połykaniu kawałka mięsa chora padła bez życia, w 10 dni po napadzie apoplektycznym. Rozpoznawano: *Nephritis interstitialis chronica, malacia partis inferioris gyri centralis ascendentis sinistri, corpus peregrinum laryngis.*

Rozpoznanie to opierano na tém, że obok zmian w mowie zajętą była dolna część prawego nerwu twarzowego, co przemawiało za zmianą w korze mózgowéj, mianowicie w dolnéj części przedniego zwoju centralnego po stronie lewéj.

Badanie pośmiertne wykazało: Część opony miękkiéj, odpowiadająca dolnéj części przedniego lewego zwoju centralnego nasiąkła krwią, pod nią zaś dwa ogniska krwotoczne, bardzo cienką ścianą od siebie oddzielone, zawierające krew dość świeżą. Inne części mózgu bez zmiany. W krtani wklinowany silnie kęs mięsa.

Rozpoznanie anatomiczne brzmiało: *Corpus alienum laryngis, haemorrhagia partis infer. gyri central. sinistri, nephritis interstit. chron., endarteritis deformans, hypertrophia cordis sin.*

Przypadek powyższy Thomayera odpowiada zupełnie znanym przypadkom Nothnagla, gdzie również porażenie twarzy połączone ze zmianami w mowie wywołane były nadwerężeniem kory mózgowéj, mianowicie dolnéj trzeciéj części przedniego zwoju centralnego i tylnéj części trzeciego po stronie lewéj. (Časopis lékařův českých N. 39, 1881).

Dr. S. Smoleński.

Mraček, Glück: **O wrzodach stwardniałych części pochwowéj macicy.**

Z pomiędzy 659 kobiet, które w przeciągu 27 miesięcy w klinice syfilitycznéj leczono, 21 kobiet okazywało zmiany pierwotne kiłowe na części pochwowéj, jakkolwiek niemniéj niż 437 kobiet na kiłę cierpiało.

Najczęstszą siedzibą wrzodu była przodkowa warga (8 razy), mniéj często samo ujście maciczne, najrzadziéj zaś tylna warga (4 razy). W 15 przypadkach część chorobowo zajęta była stwardniałą. rzadko uważano całkowity rozpad wrzodu, natomiast jednak częściéj spostrzegano częściowy rozpad.

Obrzmienie całéj części pochwowéj uważano tak często (w 24 przyp. 18 razy), iż uważać go można za jeden z przypadów wrzodu stwardniałego części pochwowéj, prawdziwy zaś przerost (*hypertrophia*) spostrzegał M. tylko 12 razy. Jako częstszy przypad uważać należy według M. upławy *(fluor)*, które napotykano „prawie u wszystkich chorych.“ We wszystkich niemal przypadkach towarzyszyły wrzodowi stwardniałemu inne przypady kiły, a mianowicie w 18 przypadkach towarzyszyły wrzodom kłykciny sączące na wargach wstydliwych, a 7 razy w pochwie; tylko w 2 przypadkach nie było równocześnie na częściach płciowych żadnych zmian kiłowych.

Na szczycie cierpienia miesiączkowanie bywało skąpe i utrudnione.

Leczenie polegało na przestrzykiwaniu pochwy 1% rozczynem chloranu potasowego lub kwasu karbolowego, wrzód zaś opatrywano rozczynem jodu, półtorachlorku żelaza lub jodoformem, wewnętrznie polecano jodek potasu lub wcierania szaruchy. (*Wiener med. Wochenschrift* Nr. 38 z r. 1881).

O tém samem przedmiocie podaje Dr. Glück pod napisem: *„Zur Statistik der Vaginal- und Portio- Schanker“* (*Wiener med. Presse* Nr. 32 z r. 1881) następujące szczegóły:

Na 368 przypadków wrzodów wenerycznych leczonych u kobiet w przeciągu lat 6 (od r. 1873 do r. 1878) na oddziale syfilitycznym Dra Zarewicza, prymaryjusza szpitala krakowskiego, uważano ogółem 540 wrzodów wenerycznych, a mianowicie 235 kobiet dotkniętych było 393 szankrami (wrzodami miękkiemi) a 133 kobiet 147 wrzodami stwardniałemi.

G. ze względu na siedzibę wrzodów wenerycznych podaje następującą tabliczkę:

Comisura inferior	Labia majora	Labia minora	Carunculae myrtifor.	Introitus vaginae	Vagina	Portio vaginalis	Urethra	Anus	Mammae	Razem
83[1]	57	94	21	44	4	6	7	37	—	353
19	56	36	—	2	2	4	5	4	8	136
102	113	130	21	46	6	10	12	41	8	489

Z powyższego przekonać się można, że w przeciągu 6 lat na 489 wrzodów wenerycz. (zapewne uwzględniając ich

[1]) W pierwszym rzędzie: Ulcera mollia.
W drugim rzędzie: Ulcera indurata.

siedzibę. Ref.), u kobiet spostrzegano takowe 6 razy w pochwie a 10 razy na części pochwowéj; a mianowicie na 353 szankrów 4 razy (przeszło 1%) w pochwie 6 razy (1·7%) na części pochwowéj, zaś na 136 wrzodów stwardniałych spostrzegano je 2 razy (1·5%) w pochwie, a 4 razy (3%) na części pochwowéj.

Równocześnie z szankrami (miękkiemi) w pochwie lub na części pochwowéj uważano także szankry na wargach wstydliwych, a po wszystkich wrzodach stwardniałych wystąpiły objawy zakażenia ogólnego.

Rzadziéj zatém napotykamy wrzody weneryczne w pochwie niż na części pochwowéj, a z pośród nich rzadziéj spostrzega się w tych częściach szankry (miękkie) niż wrzody stwardniałe. W ogóle jednak wrzody weneryczne tak w pochwie jak i na części pochwowéj macicy są rzadkie. *Z*

Stosunek kiły do uwiądu rdzeniowego.

(Ciąg dalszy. Patrz. Nr. 41).

Fr. Müller sądzi (*Symptomatologie und Therapie der Tabes dorsalis im Initialstadium. Graz, 1880*), że w przeważnéj liczbie przypadków uwiądu rdzeniowego, w których poprzedzała kiła, nie zachodzi stosunek przyczynowy, jeno przypadkowy zbieg okoliczności. O leczeniu przeciwkiłowém mniema, że skutku spodziewać się po nim można tylko wtedy, jeśli obok uwiądu istnieją jeszcze objawy kiły. W innych razach jest ono bezskutecznem. Westphal w wykładzie mianym w Tow. lek. berlińskiém stwierdza (*Arch. f. Psychiatr. und Nervenkr., 1880. Bd. XI*), że przypadki prawdziwego uwiądu, w których lekarz za życia objawy kiły, obecnéj jeszcze, odkryć lub w narządach wewnętrznych zwłok zmiany kiłowe spostrzedz zdoła, należą do wyjątków. Co do poprzedzania uwiądu przez kiłę, to na zebranych przezeń 97 chorych przyznawało wrzód weneryczny 33%, objawy zaś kiły ogólne tylko 14%; natomiast przeczyło wszelkiemu zarażeniu 62% mężczyzn, a 95% kobiet. Statystyka nie zdoła więc nigdy rozstrzygnąć sprawy, o któréj rzecz. Z innych zaś okoliczności nie wynika prawdopodobieństwo związku między uwiądem a kiłą. I tak z jednéj strony nikt nie ogłosił dotąd przypadku uwiądu, uważanego za kiłowy, gdzieby istnienie uwiądu w ogóle stwierdzonem było przez sekcyję. Kontrola zaś taka ze strony anatomii patologicznéj dla tego jest potrzebną, ponieważ rozpoznanie uwiądu nie zawsze jest łatwém, a niespecyjaliści popełniają nieraz błąd, iż chorych okazujących objawy bezładu w czynnościach nerwowych (*ataxia*), uważają za dotkniętych uwiądem. Z drugiéj strony nikt dotąd nie podał cech anatomiczno-patologicznych właściwych przewlekłemu zapaleniu rdzenia i stwardnieniu jego kiłowemu, po którychby te sprawy chorobowe odróżnić można od takich samych pochodzenia niekiłowego. Anatomija patologiczna więc nie wykazuje związku chorób, o których rzecz. Podobnież nie dowodzą go wyniki lecznicze. W. nie zna ani jednego przypadku, gdzieby środki rtęciowe usunęły uwiąd, zwolnienia zaś w przebiegu widywał pojawiające się dobrowolnie wśród najróżnorodniejszych warunków. W wyniku swych badań przychodzi więc do wniosku, że „związek przyczynowy między kiłą a uwiądem rdzenia nie został dotąd wykazanym ani w drodze klinicznéj, ani anatomiczno-patologicznéj, statystyka zaś nie pozwala na wydanie w téj mierze wyroku". Mimo to jest zdania, że, chociaż ze stanowiska umiejętności związek nie jest udowodnionym, jednak względ praktyczny, a mianowicie bezskuteczność innych środków, pozwala stosować leczenie przeciwkiłowe tam, gdzie tylko zachodzi jakakolwiek możebność związku. W rozprawie nad wykładem powyższym Mendel przywodzi przypadek, opisany przez Virchowa (*Geschwülste, Bd. II*), gdzie blizna w przedsionku pochwy, gumiak kiłowy około kręgosłupa i zwyrodnienie szare tylnych powrózków rdzenia stanowiły ogniwa jednego łańcucha, i przypomina, że V. nie wątpi w możność istnienia uwiądu kiłowego, mianowicie w przypadkach okazujących zwyrodnienie szare. Remak znajdował wśród swego materyjału tabetyków (52 w ostatnich 4 latach) 23% takich, którzy przebyli kiłę. Stosunek niestały między chorobami przerzeczonemi nie pozwala mu wierzyć w ich związek. Co do terapii, przypuszcza, że sprężyste leczenie przeciwkiłowe może podobnie jak każdy inny czynnik osłabiający oddziaływać szkodliwie na chorych uwiądowych. Dla tego z pomiędzy środków przeciwkiłowych radzi się tylko ograniczać do jodku potasu. Lewin stwierdza, że każdy proces kiłowy bierze początek w naczyniach chłoniczych, w szczególności w przestworach szczelinowych tkanki łącznéj. Tu się rozwijają komórki swoiste, które sprawiają z jednéj strony bujanie tkanki łącznéj, z drugiéj jéj twardnienie. Istnieje kilka, obserwowanych dokładnie, przypadków zwyrodnienia kiłowego rdzenia, gdzie znaleziono powyższe zmiany cechujące. Nie podobna więc twierdzić, że kiła nie może być sprawczynią uwiądu. Bernhardt wzywa, aby do rozstrzygnienia sprawy brano na uwagę tylko takie przypadki, gdzie oprócz kiły żaden inny czynnik nie mógł być przyczyną uwiądu. U tych bowiem chorych, których on obserwował (ogółem 67, z których 44 podało dokładnie swą przeszłość, a z tych tylko 8 przebyło kiłę ogólną, 7 zaś wrzód weneryczny miejscowy lub śluzoropotok cewki), dały się bardzo często wynaleźć inne szkodliwości, jak wielkie zmiany ciepłoty, przemoczenia, długoletnie mieszkania wilgotne, wysilenia itd., które tak dalece na pierwszy plan występowały, iż kiła, jeźli także kiedy była, schodziła na drugi. *Dr. Różański.*

(Dokończenie nastąpi).

Wiadomości pomniejsze.

(?) **O zaraźliwości krwi i moczu osób gruźliczych.** Lenz wstrzykiwał krew, wziętą wprost z serca świeżo zabitych królików gruźliczych, zdrowym królikom za pomocą strzykawki Pravaza. Sześciu królikom wstrzyknął 0·6—3·6 cm. sz. po dokonaniu tracheotomii wprost do płuc. Po 92—216 dniach króliki te zabijał. U wszystkich znajdował wybitną gruźlicę prosówkową płuc, u 4 także i wątroby; w jednym przypadku znalazł ognisko serowate w płucu. Czterem innym królikom wstrzykiwał takąż krew pod skórę a jednemu nadto i do jamy otrzewnowéj. I u tych znajdował po 125—148 dniach mniéj lub więcéj obfite gruzełki prosówkowe w płucach, dwa razy także i w wątrobie. W miejscach wstrzyknięcia nie było zmian zapalnych, ani ognisk serowatych. Nareszcie jednemu królikowi wstrzyknął pełną strzykawkę krwi do stawu kolanowego i otaczającéj tkanki łącznéj. Po trzech dniach powstało znaczne obrzmienie stawu; zwierzę zdechło 18 dnia; w błonie maziowéj znaleziono dużo cuchnącéj serowatéj ropy i w miernéj ilości gruzełki w płucu. Opierając się na tych przypadkach autor oświadcza, że w krwi gruźliczych osobników znajduje się jad gruźliczy.

Inny szereg doświadczeń na królikach przedsięwziął tenże autor w ten sposób, że królikom zamkniętym w odpowiedniéj skrzyni dawał za pomocą przyrządu rozpylającego do oddychania parę wodną zmięszaną z moczem dwóch suchotników. Codziennie

rozpylał dla dwóch królików razem zamkniętych 30—40 cm. sz. moczu świeżego. Dwa króliki poddane były takim doświadczeniom przez 71 dni. Zabiwszy je znalazł w płucach liczne podopłucnowe krwotoki wielkości grochu oraz liczne gruzełki okołooskrzelowe; u jednego z królików te ostatnie znajdowały się i w wątrobie. W podobny sposób dał L. innym 3 królikom mocz suchotników, znajdujący się w okresie gnicia. Jedno z zwierząt zdechło po 9 dniach skutkiem poronienia, drugie zabił L. po 48 dniach, trzecie po 69. U wszystkich znajdowały się wybroczyny podopłucnowe wielkości główki od szpilki. Pomiędzy 50 preparatami mikroskopijnemi z płuc pierwszego królika znalazł L. w tkance łącznéj okołooskrzelowéj (średnich oskrzelów) nagromadzone komórki okrągłe, o ostrych zarysach, z jądrami, „bez wątpienia rozpoczynające się gruzełki;“ u drugiego królika nie wykryto tak znacznéj ilości gruzełków, jednakże nie brakło ich w tych samych miejscach co u królików, które wziewały świeży mocz. Nadto prawie wszystkie preparaty mikroskopijne z płuc okazywały wybitne zgrubienie ścian tętniczek.

Ponieważ wziewania moczu ludzi zdrowych, jak to wykazał Schüller, nie wywołują ani w płucach ani w reszcie ustroju zmian podobnych gruźliczym, wziewania zaś moczu suchotników pociągają za sobą objawy bez wątpienia gruźlicze, sądzi Lenz, że jad gruźliczy krążący we krwi osób gruźlicą dotkniętych dostaje się również i do moczu. (*Centralbl. f. Chir.* Nr. 33, 1881).

(A. K.) **Strychnin jako środek wykrztuśny** poleca Dr. Milner Fothergill; jednocześnie i niezależnie doszedł do podobnych wyników Prokop Rokitański. Autorowie ci uważają strychnin jako lek podniecający ośrodek oddechowy, i stosują go w tych przypadkach, kiedy ośrodek ten jest wycieńczony (nieżyt oskrzeli ostry i przewlekły, rozedma). W tych wszystkich przypadkach, kiedy zachodzi niestosunek częstości oddechów z częstością tętna, strychnin oddaje ważne usługi. (*Le Progrès Médical* Nr. 40).

(A. K.) **Pilokarpin jest niezrównanym środkiem w leczeniu potów suchotników.** Do wniosku tego doszedł Huchard przez dłuższe doświadczanie kliniczne, jak również zaleca on pilokarpin w cukrzycy moczowéj. (*Le Progrès Médical* Nr. 40).

(A. K.) Lwow **opisał przypadek zimnicy codziennéj wielorakiéj;** napadów było dziennie ośm, każdy z nich miał swe prawidłowe okresy dreszczów, gorączki i potów. Zimnica trwała 2½ doby, chora bardzo schudła i zmizerniała. (*Wracz* Nr. 38).

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie X z dnia 18 maja 1881 r.

Przewodniczący: kol. doc. Jordan; Członków obecnych 28.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. doc. Obaliński okazał ołówek wydobyty z pęcherza moczowego mężczyzny za pomocą cięcia bocznego, jak przy operacyi kamienia. Ołówek ten przebywał w pęcherzu półtora roku i otoczył się osadem z fosforanów, ważącym kilkanaście gramów.

3) Kol. Ściborowski zdając jako przewodniczący komisyi dla popierania przemysłu lekarskiego z jéj czynności sprawę, podaje, że p. Rząca nadesłał do ocenienia dwie flaszki wody sztucznéj, z których jedna, tak pod względem składu chemicznego jak i pod względem leczniczym, zastąpić może naturalną wodę Vichy, druga zaś wodę selterską, również nie ustępując wodzie naturalnéj; p. Trauczyński nadesłał balsam zdrowia, a p. Ihnatowicz mydło smołowe i karbolowe i krople do zębów. W dłuższéj ożywionéj dyskusyi nad tym przedmiotem, w któréj wzięli, udział koledzy: Paszkowski, Zarewicz, Warschauer Doc. Grabowski i sprawozdawca, wyrazili członkowie życzenie, aby komisyja na przyszłość, polecając jakiś przetwór do użycia, obznajomiła członków, przynajmniéj w zarysie, z głównemi składnikami, dawkami jakotéż wskazaniami i przeciwwskazaniami polecanego przetworu.

4) Kol. Grabowski odczytał regulamin czynności komisyi redakcyjnéj Przeglądu Lekarskiego. Przyjęto go w całości.

5) Kol. prof. Browicz wyłożył rzecz o gruźlicy. W dyskusyi zabrał głos kol. doc. Obaliński: nie może on zgodzić się ze zapatrywaniem prelegenta, jakoby twierdzenie Volkmanna, że istnieje gruźlica miejscowa, nie miało podstawy, a jednym z dowodów ma być przytoczony przypadek Sonnenberga, przypadek bowiem oderwany niczego jeszcze nie dowodzi, a powtóre trudno w ogólności twierdzenie Volkmanna zaprzeczyć, raz, ponieważ mikroskop wykazuje w tych przypadkach takie same utkanie, jakie znachodzimy w gruzełkach, przy sekcyi zaś nie pokazały się objawy gruźlicy w innych organach, powtóre, ponieważ znane są przypadki, gdzie staw został zajęty chorobowo najpierw od kości a pomimo resekcyi i amputacyi, albo téż gdy i nic nie robiono, pojawiła się gruźlica prosówkowa. Ztąd wniosek, że cierpienia stawów, które zowiemy *tumor albus*, są bardzo często objawem gruźlicy miejscowéj, która późniéj dać może powód do gruźlicy ogólnéj. Nie wszystkie jednakże cierpienia stawów muszą być gruźliczemi; żałować nam tylko wypada, że nie mamy oznak, po których przy łóżku chorego moglibyśmy rozpoznać, że mamy przed sobą gruźlicę miejscową. Nasuwa się mimo woli pytanie, dla czego mimo najstaranniéj wykonanéj resekcyi lub amputacyi w krótkim stosunkowo czasie przychodzi do wybuchu gruźlicy; w przypadkach tych niezawodnie operowano za późno, tam bowiem, gdzie ognisko gruźlicze wcześnie z organizmu usunięto, gruźlica prosówkowa nie występuje Rozcinając nieraz staw resekowany przekonywamy się, że kość nie była zajętą, przypadki takie zatém nie odpowiadają pojęciu Volkmanna o gruźlicy miejscowéj. — Kol. prof. Rosner podnosi kwestyję zaraźliwości jako najważniejszą i przypomina doświadczenie Tappeinera, który trzymał zwierzęta w pokoju mocno ogrzanym, w którym rozpylano plwociny niewątpliwych suchotników i do 80% tych zwierząt, oddychających tém powietrzem, zginęło; uderza to także nieraz lekarza, że rodzice przychodzą z prośbą do lekarza, aby wpływał na to, iżby ich córki, które wyszły za mąż za suchotników, nie sypiały z nimi w jednym pokoju, boją się bowiem, ażeby się nie nabawiły suchót, więc już profani wiedzą o zaraźliwości suchót; mówiący przyznaje, że nie zna żadnego naukowo obserwowanego przypadku, gdzieby mąż nabawił się suchot od żony, lub na odwrót; nie można wszakże zaprzeczyć, że suchoty żony wpływają bardzo niekorzystnie na odżywienie męża; co do kobiet zaś, które mają mężów suchotników, to zauważył kol. prof. Rosner, że dostają one często zawału macicy *(infarctus uteri)*, nader uporczywego, który sprowadza owrzodzenie szyi macicznéj, krwotoki i białe upławy opierające się nieraz najstaranniejszemu leczeniu. — Kol. prof. Browicz w odpowiedzi kol. Obalińskiemu zaprzecza, jakoby występował przeciw zdaniu Volkmanna. iż w żadnym przypadku zmiany w stawie nie miały podstawy gruźliczéj, występuje tylko przeciw pojęciu gruźlicy miejscowéj, które się opierało na badaniu mikroskopowém, niedającém pewnéj podstawy rozpoznawczéj; mówiący podaje daléj, że jeżeli w reszcie ustroju znajdziemy ślady gruźlicy, wtedy w miejscu, gdzie zadziałał uraz, tam głównie wszelkie sprawy infekcyjne umiejscowiają się; jeżeli zaś w ustroju nie ma żadnych śladów gruźlicy, w takim razie przeszczepienie z takiego stawu byłoby najlepszym dowodem, że cierpienie to było na tle gruźliczém lub przeciwnie. W odpowiedzi kol. prof. Rosnerowi zwraca kol. Browicz uwagę, że w przemówieniu swém wspomniał już o doświadczeniach czynionych plwocinami i produktami gruźliczemi przez narząd oddechowy lub przewód pokarmowy wprowadzanemi nietylko przez Tappeinera ale i innych eksperymentatorów. Co się tyczy zmian gruźliczych w częściach płciowych kobiet są one nader rzadkie; doświadczenie anatomiczne sprzeciwia się przypuszczeniu kol. prof. Rosnera, jakkolwiek *a priori* nie można zaprzeczyć możności przeniesienia gruźlicy za pośrednictwem nasienia na macicę. — Kol. prof. Domański zwraca uwagę na tę okoliczność, że dawne pojęcie gruźlicy odpowiadało lub przynajmniéj odpo-

wiadać miało pewnym stosunkom anatomicznym; jeżeli zaś teraz mówimy o zaraźliwości gruźlicy, to wprowadzamy do pojęcia o niéj nowy czynnik, t. j. przyczynę powstania. Według tego, jak kiła może pochodzić tylko od kiły, tak gruźlica musi zawdzięczać swój początek tylko gruźlicy. Mimo wszelkich nader cennych doświadczeń i obserwacyj najczęściéj trudno orzec stanowczo, czy w danym przypadku nastąpiła infekcyja lub nie, tém bardziéj jeżeli w pewnéj familii nikt ani przedtém ani potém gruźlicy nie miał; doświadczenia na królikach niewątpliwie mają nader wielką wartość, lecz dotąd kwestyi zaraźliwości stanowczo nie rozwiązują; dla tego té w tym kierunku nastręcza się szerokie pole do obserwacyi prywatnym lekarzom, osobliwie stałym domowym, którzy przez długi czas nieraz mogą obserwować swych pacyjentów. Kol. Pisek zwraca uwagę ze swéj strony, że w obec takiego rozpowszechnienia gruźlicy uderzającą jest rzeczą względnie dość rzadkie istotne zarażenie się gruźlicze małżonków. Drugim punktem w téj sprawie ważnym jest ta okoliczność, że wystąpienie objawów tak zwanych płucnych wcale jeszcze gruźlicy nie dowodzi, nie ulega przeto wątpliwości, że szczegółowe dokładne zbadanie odnośnych chorych, a w następstwie ściśle oddzielenie przypadków prawdziwéj gruźlicy od suchot płucnych wiele wyjaśni i znakomicie zmniejszy procent zaraźliwości, jaki obecnie podają niektórzy dla gruźlicy.

Dr. Stanisław Balicki.
Sekretarz.

VII. Sekcyja okulistyczna międzynarodowego Zjazdu w Londynie

odbyła prócz posiedzenia wstępnego pięć posiedzeń w godzinach przedpoludniowych, w dniach 4ch aż do 9go sierpnia, a nadto dwa posiedzenia popołudniowe, na których okazywano narzędzia, przyrządy i preparaty. Między licznemi członkami téj sekcyi napotykamy imiona najznakomitszych przedstawicieli okulistyki wszystkich narodów europejskich (z wyjątkiem Rosyjan) i kilku lekarzy amerykańskich; z Polaków Dra Gałęzowskiego (zaliczonego do Francuzów), Dra Wicherkiewicza (do Niemców). Posiedzenie wstępne, odbyte 3go sierpnia, zagaił przewodniczący Bowman obszerną przemową, w któréj po powitaniu zgromadzonych uczynił wzmiankę o pracach 4go międzynarodowego Zjazdu okulistów, odbytego w roku 1872 w Londynie i zauważył, że „okulistyka oddzielona od ogółu umiejętności lekarskich skazaną była wówczas na pewien rodzaj odosobnienia, podczas gdy obecnie tworzy ważną ich gałęź, cenioną samą przez się, tudzież z powodu dobroczynnego wpływu, jaki wywiera na rozległém polu nauk lekarskich w ogólności.“ Streszczenie wszystkich wykładów i rozpraw nie odpowiadałoby ani ramom ani przeznaczeniu Przeglądu Lekarskiego, poprzestaniemy więc na sprawozdaniu z najważniejszych zagadnień, któremi się sekcyja zajmowała. Do takich należała rzecz o leczeniu antiseptycznem po operacyi zaćmy miana przez Hornera na pierwszém posiedzeniu w dniu 4tym sierpnia pod przewodnictwem Bowmana. Przyczyny strat pierwotnych po operacyi zaćmy H. dzieli jak następuje:

I. Zakażenie czynne, którego przyczyny bezpośrednie znajdują się zewnątrz, a mianowicie *a)* w sąsiedztwie oka, jak: choroby powiek, spojówki, woreczka łzowego, *b)* w materyjale operacyjnym jak: gąbki, narzędzia, opatrunek. *c)* W bakteryjach chorobotwórczych samego chorego lub osób, które go otaczają.

II. Zakażenie bierne, o które obwiniać należy samo pole operacyjne, sposobne do rozmnażania się ustrojów drobnowidowych. Temu zakażeniu sprzyja

1. wszystko co dzielność żywotną rany zmniejsza, jak: nieprawidłowość rany, stłuczenie jéj brzegów, środki przeciwgnilne w niestosownem zgęszczeniu, nieczyste lub zbyt silne.

2. Pewne stany ogólne, które według doświadczenia zmniejszają odporność tkanin przeciw urazom i zakażeniu miejscowemu (zatrucie wyskokowe).

Straty drugorzędne zawisłe od zapalenia tęczówki, lub tęczówki i ciałka rzęskowego itd. umieścić należy w drugiéj grupie. H. zastanawia się następnie nad wielkością, postacią i umiejscowieniem rany. Rozmiary rany nie mają, jak statystyka uczy, wielkiego znaczenia, byle nie przekraczały potrzeby fizycznéj. O najmniejszych rozmiarach cięcia rogówkowego stanowi niebezpieczeństwo ugniecenia brzegów rany i zmniejszenia jéj dzielności żywotnéj; największe rozmiary wskazują nam największe rozmiary zaćmy. Postać rany może zwiększyć skłonność do zakażenia miejscowego utrudniając wystąpienie soczewki (rany bez względnie linijowe). Zbyt wielka wysokość płata z drugiéj strony utrudnia zbytecznie odżywianie. W obu przypadkach najmniejsze zakażenie staje się niebezpiecznem. Co do umiejscowienia rany, to położenie obwodowe zmnejsza złe następstwa zapalenia. Przypuszczając, że rozmiary, postać i położenie cięcia odpowiadają zasadom sztuki, pewne ostrożności mogą, zdaniem mówcy, zmniejszyć z pewnością ilość przypadków z niepomyślném zakończeniem po operacyi zaćmy. Ostrożności te streścić można jak następuje:

Przed operacyją. Oczyszczenie przeciwgnilne pola operacyjnego, narzędzi i wszelkich przedmiotów, które się z chorym stykają.

Podczas operacyi. Wystrzegać się trzeba zmniejszenia dzielności żywotnéj okolicy rany a tkaniny zabezpieczać od wpływów zakaźnych.

Po operacyi oczyścić należy przeciwgnilnie pole operacyjne i chronić oko od zakażenia wtórorzędnego.

Postępowanie przeciwgnilne zapobiegawcze odnosi się do samego chorego, którego ciało i odzież winny być czyste (kąpiele). Operator, asystenci, posługa zachowują mniéj więcéj takie same ostrożności, jak w owaryjotomii. H. zwraca uwagę na niebezpieczeństwo wynikające z poprzedniego zwiedzania sal anatomicznych i prosektoryjum. Narzędzia zasługują na wielką baczność. H. badał cały szereg środków przeciwgnilnych w stężeniu skutecznem, a to celem poznania ich wpływu na ostrze narzędzi, a w dalszém następstwie na czystość rany. Odrzucić należy kwas borowy i salicylowy, gdyż szkodzą ostrości nożów, lepszy jest kwas karbolowy. Będźwinian sodowy jest obojętny. Resorcyn i hydrochinon tworzą po dłuższém zetknięciu się rodzaj powłoczki, która ostrości nie szkodzi. Wyskok bezwzględny, drogi a rzadko dobry, nie powinien stykać się z raną. Gąbki należy maczać w 5% roczynie kwasu salicylowego. H. porzucił zupełnie mgłę (spray) a używa 5% waty salicylowéj maczanéj w wodzie wysyconéj na zimno salicylem i wyciska ją nad okiem otwartém i powiekami. W ten sposób odczyszcza się załamek spojówki lepiéj niż mgłą a drażni się oko mniéj, aniżeli mgłą karbolową. Nienaganne wykonanie saméj operacyi daje znakomitą rękojmię powodzenia, a dobre wypadki statystyczne zależą głównie od niego. Z drugiéj strony pewną jest rzeczą, że doskonała czystość narzędzi zmniejszając uraz zadany oku, zmniejsza tkliwość na zarodki gnilne Po skończeniu operacyi i użyciu środków zapobiegających zakażeniu od spojówki i woreczka łzowego wystarcza opatrunek z czystéj waty tak do znieruchomienia powiek jako też do przeszkodzenia zakażeniu przez powietrze. Skutkiem swojego położenia rana zachowuje się jakby

rana podskórna, a po upływie sześciu godzin jest już zlepiona. W razie wystąpienia ropienia w brzegach rany, należy odrazić załamek spojówki, otworzyć ranę na nowo i utrzymywać ją otwartą, póki się nie oczyści. Mowca przekonany jest, że postępując w ten sposób operatorowie mniéj będą mieli niepowodzeń. Liczby podane przez Noyes'a i Geislera wykazują 10·4% straty po cięciu płatowém, zaś 5·8% po cięciu linijowém. Arlt podaje 7·36% straty po wydobyciu płatowém a 5·67% po linijowém. Sposób przeciwgnilny zastósowany roztropnie zmniejszyć może te straty aż do 1·5% (na 737 operacyj).

Z ożywionych nad tym przedmiotem rozpraw wynika, że jedni (Warlomont, Gayet, Knapp, Dor) uważają postępowanie przeciwgnilne w operacyi zaćmy za zbyteczne, a niekiedy nawet może szkodliwe i uciekają się do niego tylko w tych przypadkach, w których jest jakieś rzeczywiste niebezpieczeństwo zakażenia (cierpienia spojówki, woreczka łzowego, róża części sąsiednich). Inni (Wecker, Gałęzowski, Pagenstecher) są mniéj więcéj gorącymi zwolennikami tego sposobu, przyznają jednak równocześnie, że dopiero przyszłość wykaże, któremu ze środków przeciwgnilnych należy się pierwszeństwo. Rozprawy zamyka Horner wyznaniem, że „postępowanie przeciwgnilne potrzebne jest dla operatorów początkujących, a niezbędne w szpitalach przepełnionych; doświadczony operator może i bez niego mieć dobre wyniki, ale czyni ono je pewniejszemi“. Sprawozdawca Przegl. Lek. poprzestaje na staranném czyszczeniu narzędzi operacyjnych wyskokiem i maczaniu należycie oczyszczonych gąbek, używanych podczas operacyi, w 2% roztworze kwasu karbolowego, a rezultaty otrzymane w ostatnich czterech latach w klinice krakowskiéj, tudzież w praktyce prywatnéj są mimo to nader korzystne. *Prof. Rydel.*

Zjazd okulistów w Heidelbergu.

Po dwuletniéj przerwie zgromadzili się dnia 14 września r. b. członkowie Towarzystwa oftalmologicznego w Heidelbergu. Zjazd był dość liczny. Profesorowie okulistyki uniwersytetów niemieckich, przeważnie uczniowie szkoły Graefego, stawili się prawie bez wyjątku. Z austryjackich okulistów przybyli profesor Arlt, Brettauer z Tryjestu, Goldzieher z Pesztu i Kerschbaumer z Salzburga, z Paryża był Dr. E. Meyer, a z Nowego-Yorku prof. Knapp. Wszystkich było do 70 uczestników, którzy z małemi wyjątkami znane mają w literaturze okulistycznéj nazwisko.

Z trzech znakomitych założycieli Towarzystwa, z których nazwiskiem ściśle wiąże się postęp i rozkwit nowszéj okulistyki, obecny był tylko Arlt, któremu nie szczędzono objawów zasłużonego hołdu i szacunku. Donders, z powodu nadwątlonego stanu zdrowia, nieobecność swoją przed Wydziałem Towarzystwa usprawiedliwił. Pamięć zaś Graefego, trzeciego z założycieli, odżyła w myśli zgromadzonych. Kady z obecnych czuł, jak z prac i myśli, które zawcześnie zgasły rzucił, najpoważniejsze prace późniejsze początek swój biorą. Dość téż często wspominano o Graefem, poświęcając pamięci jego wyrazy uwielbienia i żalu.

Przechodząc do krótkiego sprawozdania z ważniejszych prac naukowych Zjazdu, wspomnę naprzód, iż je godnie zapisać można obok znakomitych wyników naukowych, jakie wydały poprzednie Zjazdy. Chociaż bowiem doniosłość naukowa i praktyczna tychże nie będzie tak wielką, jak doniosłość wielu prac, które ogłoszono w czasach, kiedy kierunek anatomiczno-patologiczny stał się podstawą nowszéj okulistyki, kiedy wynaleziono wziernik oczny, kiedy zasady optyki zastósowano w nauce o refrakcyi i akomodacyi, to przecież dzisiejsze prace, jako owoc wielkiéj pilności i sumiennéj pracy, zasługują na uznanie świata naukowego. „Wspaniały czas,“ powiedział Donders na przedostatnim Zjeździe okulistów, „w którym nauka wykazala całkiem nowe drogi, tak że wystarczyło tylko lekko poruszyć drzewa na świéżo uprawionéj niwie rosnące, aby spadły obficie owoce— już przeminął!“ Dziś okulistyka olbrzymich nie robi postępów, a mały krok naprzód wymaga już wielkich wysileń i wielkiéj pilności.

Wrażenie najznakomitszéj pracy z tych, które Zjazd wydał, zrobiła praca prof. Sattlera z Erlangi. Zdam z niéj nieco obszerniejszą sprawę. Mówił o patologii jaglicy i kilku innych spraw chorobowych spojówki. Przedewszystkiém chciał autor wyjaśnić etyjologiję jaglicy i wykazać, czy zachodzi jaki związek przyczynowy pomiędzy nią a innemi zaraźliwemi chorobami spojówki. Zwraca naprzód na to uwagę, iż w zupełnie prawidłowéj spojówce nie znachodził nigdy mieszków. Napotkać je można tylko we wrzekomo zdrowych spojówkach w okolicach, gdzie się znajduje wielu chorych na jaglicę. Sądzi więc, iż samo pojawianie się mieszków w spojówce jest już chorobowe i że pozostaje w przyczynowym związku z jaglicą, tak że przedstawia tę samą chorobę o słabszém nasileniu. W wydzielinie spojówkowéj u chorych cierpiących na jaglicę znachodził mikrokoki, zupełnie podobne do tych, które napotykamy w wydzielinie rzeżączkowéj, tylko trochę mniejsze. Badanie drobnowidowe spojówki wykazało, iż mikrokoki, które napotykamy w wydzielinie, w tkaninie spojówkowéj zawsze wykazać było można. To już nasuwało myśl, iż one być mogą przyczyną jaglicy. Aby to udowodnić, hodowano mikrokoki. Sattler przeniósł na zdrową spojówkę ciecz, w któréj je hodował, skutkiem czego powstała jaglica. Uwzględniwszy, iż przed szczepieniem badał chorego dokładnie i stwierdził, iż nie cierpi na jaglicę, że robił doświadczenia w Erlandze, w okolicy gdzie jaglica tylko wyjątkowo się pojawia i to u chorych, którzy ją nabyli w innych okolicach, że jaglica jaką wywołał skutkiem zaszczepienie przedstawiała obraz *trachoma verum* (Arlt), że wreszcie przy badaniu drobnowidowém mógł wykazać mikrokoki, sądzi, iż dostatecznie udowodnił, że jaglica powstaje skutkiem szkodliwego działania mikrokoków na błonę spojówkową. Daléj przytacza, iż spostrzegł, że dzieci cierpiały na śluzoropotok ostry, u których z największą pewnością wykluczyć było można zakażenie wydzieliną rzeżączkową, których matki natomiast cierpiały na upławy białe; że chorobowa wydzielina pochwy, jaką napotykamy po nadużyciach płciowych, dostawszy się na spojówkę staje się w jednych przypadkach przyczyną zapalenia, które robi wrażenie śluzoropotoku ostrego, w innych zaś przypadkach występuje jako zapalenie jaglicowe. Spostrzeżenie, iż upławy białe, wydzielina rzeżączkowa i śluzoropotokowa, mogą stać się przyczyną jaglicy, wskazuje, iż istnieje powinowactwo przyczynowe pomiędzy temi chorobami, które można wytłumaczyć, przypuszczając, iż mikrokoki są przyczyną choroby spojówkowéj, i że według stopnia rozwoju, w jakim się znajdują, stają się przyczyną różnych na pozór chorób spojówkowych. Widocznie mikrokoki, stósownie do okoliczności mniéj lub więcéj ich rozwojowi sprzyjających, przeistaczają

i przeobrażają się, a skutkiem tego własność drażniąca i wywołująca nowotwory *(trachoma)* albo słabszą się staje, albo się też potęguje. Wiadomo, iż Arlt dotąd twierdził, iż jaglica powstaje skutkiem chorób ogólnych i pojawia się najczęściéj u zolzowatych. Obecnie jednak Arlt zmienił swoje zapatrywanie. Sądzi, iż *Conjunctivitis granulosa* nie jest chorobą swoistą, tylko zmienioną *(modificirt)* sprawą śluzoropotokową, która pierwotnie powstała skutkiem dostania się chorobowéj wydzieliny z części płciowych do oka, a przez ciągłe przeszczepianie stała się mniéj gwałtowną a natomiast uporczywą i przewlekłą (Arlt, *Klinische Darstellung der Krankheiten des Auges* 1881). To też w tém najnowszém dziele połączył działy o jaglicy i o śluzoropotoku przewlekłym w jeden dział. Więc drogą kliniczną doszedł do tego samego wyniku co do zależności przyczynowéj chorób spojówkowych, co i Sattler, który nadto wykazał anatomicznie przyczynę choroby.

Daléj podał prelegent, iż starał się wykazać, gdzie właściwie mikrokoki mieszkają. Z góry można było przewidzieć, iż wyłącznie w wydzielinie spojówkowéj mieszkać nie mogą, ani też w przybłonku, jeżeli uwzględnimy, że skutkiem tuszowania oddzielają się nietylko powierzchowne ale i głębsze warstwy przybłonka, a przecież choroba trwa daléj. Sattler wykazał, iż mikroki mieszkają w mieszkach, w ziarnach jaglicowych i w otoczeniu tychże. Po zadziałaniu 1% roczczynu kwasu chromowego widać w ziarnach jaglicowych mnóstwo drobnych ziarenek i bardzo delikatną tkankę międzyziarenkową. Pomiędzy temi ziarenkami znajdują się mikrokoki w postaci drobnych kuleczek, które się mocniéj zabarwiają, niż istota ziarnista jaglicy. Czasem widać także mikrokoki osadzone od zewnątrz na ziarnach jaglicowych. Chcąc wreszcie wykazać, iż drobne te ciałka nie dostały się przypadkiem od zewnątrz z wydzieliny spojówkowéj lub z przybłonka do ziarn jaglicowych wyciął kawałek powieki i sporządzał cięcia, tnąc od chrząstki powiekowéj ku spojówce. Preparaty drobnowidowe pokazywał prelegent uczestnikom Zjazdu na popołudniowém posiedzeniu, które się odbyło we wzorowo urządzonéj sali wykładowéj kliniki okulistycznéj prof. Beckera.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Zjazd Stowarzyszenia ochrony zdrowia publicznego w Wiedniu.

II.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 41).

Po przyjęciu do wiadomości tak pomyślnego stanu kroków przygotowawczych do wystawy przystąpiono do dalszego porządku dziennego, na którym znajdowały się rozprawy nad korzyściami i szkodliwościami ogrzewania powietrzem. Referentami byli prof. Fischer z Hanoweru, prof. Dr. Fodor z Pesztu i Dr. Maksymilijan Gruber z Wiednia. Przedstawili oni dwie tezy: 1) Gdy system ogrzewania powietrzem jest dobrze urządzonym i uważnie kierowanym, to ze stanowiska zdrowotnego nic mu nie można zarzucić. 2) W obec innych systemów ogrzewania system ten posiada z jednéj strony korzyści a z drugiéj szkody, które w każdym szczegółowym przypadku należy starannie rozważyć. Wykłady trzech referentów zajęły zbyt wiele czasu, a gdy na porządku dziennym znajdował się jeszcze przedmiot o fałszowaniu mąki, spadły z porządku dziennego drugiego posiedzenia, przeto rozprawy nad tak ważną kwestyją ogrzewania gorącém powietrzem zarówno obchodzącą higijenistów jak i inżynijerów toczyły się pospiesznie i nieodpowiednio do ważności przedmiotu pobieżnie.

Zanim przystąpiono do ostatniego przedmiotu odbyły się wybory Zarządu, do którego wybrano: Dr. Warrentrappa z Frankfurtu n M., Dr. Märklina z Wiesbadenu, Dr.Karajana z Wiednia, inżynijera Rietschla i Radcę miejskiego Margrafa z Berlina. W myśl statutu przewodniczący dorocznego Zjazdu (w r. b. Dr. Erhardt) jest zarazem przez rok następny przewodniczącym całego Stowarzyszenia. Przy sposobności wyborów wyrażono życzenie, aby Zjazd w roku przyszłym odbył się z powodu wystawy w Berlinie. Stanowcze oznaczenie miejsca Zjazdu należy stosownie do statutu do Zarządu Stowarzyszenia.

Z kolei przystąpiono do ostatniego przedmiotu obrad o sposobach badania mąki ze względu na dzisiejszy stan przemysłu młynarskiego i zdarzające się fałszerstwa.

Sprawozdawcy prof. Dr. Nowak i prof. Dr. Vogel, obaj z Wiednia, przedłożyli i uzasadnili między innemi następujące tezy: W mące takiéj, jaką w handlu spotykamy, nieraz natrafiamy domieszki nienależące do mąki, pogarszające jéj jakość, a nawet dla zdrowia szkodliwe. Z mineralnych istót napotykamy mianowicie gips, szwerszpat, kredę, hałun, siarkan miedziowy i cynkowy; z roślinnych mąkę z nasion chwastów lub też mąka gorsza domięszaną bywa do mąki lepszéj. Domieszki te częścią zmniejszają pożywność mąki i strawność pieczywa (gips, kreda, hałun itd), częścią znów wpływają na zmianę smaku, barwy pieczywa, nakoniec także sprawiają trujące zdrowiu szkodliwe skutki (nasiona Agrostemma Githago, sporyszu, kąkolu). W obec wielkiego znaczenia, jakie mają te nierzadko przydarzające się fałszowania, należy żałować, że ustawy austryjackie i rozporządzenia policyi targowéj odnośne w tylu kierunkach są niedostateczne, a postanowienia odnoszące się do wymiaru kary zbyt nieokreślone. W tym stanie rzeczy w interesie zdrowia publicznego należy żądać, aby i w Austryi jak w Niemczech i innych państwach europejskich, sprzedaż środków pożywczych prawami i rozporządzeniami uregulowaną została. Aby jednak sanitarno-policyjny nadzór nad targami skutecznym się okazał, koniecznemi są obok odpowiednich praw publiczne zakłady do technicznego badania pokarmów i innych potrzeb. Rozpraw nad tym przedmiotem dla spóźnionéj pory nie było.

Obrady Zjazdu zamknął krótką przemową książę Dr. Karol Teodor, któremu w końcu prezes Dr. Erhardt za kierownictwo obrad podziękował.

Takie były zajęcia na posiedzeniach Zjazdu Stowarzyszenia ochrony zdrowia publicznego; po za temi członkowie spędzali czas na wspólnych wycieczkach i oglądaniu zakładów miasta Wiednia, których zwiedzanie, tak zakładów publicznych jak i prywatnych, w dniach Zjazdu było dla członków ułatwione i wszędzie chętnie byli widziani.

III.

Posiedzenia Zjazdu trwające przez 3 dni od 9téj do 2giéj nie wiele zostawiały czasu na zwiedzanie zakładów i urządzeń higijenicznych miasta Wiednia, tém mniéj, że popołudnia zajęte były wycieczkami, jak o tém zaraz wspomnę. Na zwiedzanie więc można było poświęcić jedynie czas ranny przed posiedzeniami lub czas po drugiém posiedzeniu. Powszechnie też utyskiwano na brak czasu na zwiedzania, które w podobnych Zjazdach są także ważnemi i wielu członków nie brało nawet udziału w wycieczkach, aby zyskać czas na zwiedzanie, przez co następował rozdział, brak

było sposobności bliższego zapoznania się, tworzyły się różne kółka i częściami zwiedzano, co kogo więcej interesowało.

Pierwsze popołudnie we środę, poświęcone było wycieczce na Rosenhügel, gdzie znajduje się jeden z 4 rezerwoarów wodociągowych. Uczestnicy mieli tu sposobność, równie jak w wycieczce do Kaiserbrunn, która się odbyła w sobotę, poznania największego higijenicznego urządzenia, jakie miasto Wiedeń do skutku doprowadziło. Inżynijer miejski Jahn w krótkim wykładzie po przybyciu omnibusami na miejsce podał wiadomość o urządzeniu wodociągów wiedeńskich.

Miasto Wiedeń już za czasów rzymskich posiadało wodociągi źródlane, a w wiekach średnich, w miarę rozrostu miasta, liczba ich wzrastała. Wodociągi te jednakże nie dostarczały dostatecznéj ilości wody, a gdy po 1830 r. nader wielki brak wody czuć się dawal, rozpoczęto w r. 1836 zakładanie wodociągu z Dunaju *(Kaiser Ferdinandwasserleitung)* kopiąc wzdłuż brzegów płytkie podłużne basseny, do których woda z Dunaju się przesączała, a wodę tę maszyny parowe rurami po mieście rozprowadzały. Wkrótce i te wodociągi okazały się niedostatecznemi, zwłaszcza przy nizkim stanie wody w rzece, a wydajność ich starano się zwiększyć częścią przedłużając je stopniowo, a częścią pogłębiając aż do pierwszéj warstwy nieprzepuszczalnéj, przez co w tych basenach nagromadzała się woda zaskórnia z sąsiednich wyżyn do Dunaju dążąca. Gdy jednak wodą tego wodociągu zaczęto w r. 1857 zaopatrywać domy prywatne, okazało się, że i on nie czyni zadość potrzebie, uciecziono się więc do filtrowania wody z Dunaju. Przy ogromnym wzroście miasta po r. 1860 i to nie wystarczało, poczęto więc myśleć o sprowadzeniu dostatecznéj ilości wody z dalszych okolic, aby przynajmniéj na jakiś czas potrzeby zaspokoić. W r. 1870 rozpoczęto budować wodociąg Franciszka Józefa, ukończony w r. 1874, który dziś całe miasto w tak wyborową wodę zaopatruje, jakiéj żadne inne miasto nie posiada. Wodociąg ten doprowadza wodę dwóch źródeł: Kaiserbrunnenquelle położone u stóp Schneebergu w Höllenthal i Stixensteinerquelle w dolinie Sirning, oba źródła są oddalone od Wiednia o mil 15. Wodociąg spólny doprowadzający wodę do miasta jest tych rozmiarów, że mógłby w ciągu doby doprowadzić 2.500.000 wiader = 141.472·3 metr. sz. Woda dopływa tym wodociągiem do rezerwoaru na Rosenhügel, który 3 inne jeszcze rezerwoary zaopatrujące pojedyńcze części miasta zasila. Ten to główny zbiornik, wzniesiony 87·9 metr. nad poziom Dunaju, zwiedzali członkowie Zjazdu, aby nabrać wyobrażenia o nadzwyczajnych rozmiarach całego tego urządzenia. Woda skutkiem wysokiego położenia rezerwoarów może się dostawać na najwyższe piętra domów najwyżéj położonych dzielnic miasta. Sieć rur rozprowadzających wodę ma obecnie 44 mil = 336.5 klm. długości. Obecnie wszelkiéj wody, nawet potrzebnéj do skrapiania ogrodów i ulic, dostarcza ten wodociąg, zaopatrujący 20 basenów, 224 studzien publicznych oraz wszystkie publiczne budynki i prawie 9.000 domów. Spotrzebowanie w lecie wynosi przecięciowo 62.500 metr. sz., w zimie 45.454 metr. sz. Koszta całego urządzenia wynosiły podobno przeszło 30 milijonów złr.

Co się tyczy jakości wody, to ta jest wyborową; ciepłota nizka, smak nader przyjemny zadowalają wszelkie wymogi. Obawy, że woda przechodząc przez tak długie rury utraci coś ze swych przymiotów, okazały się płonnemi, rozbiory bowiem chemiczne wody czerpanéj z basenów przekonywają, że woda w nich ma wyborowe własności.

Przy tych objaśnieniach inżynijer Jahn podnosił tylko dobre strony tych wodociągów, nie wspomniał o tém, że wynik nie dorównał oczekiwaniom i że one nie zawsze czynią zadość potrzebie tak, że miasto Wiedeń zamyśla zwiększyć dowóz wody przez wciągnienie nowych źródeł.

W powrocie z rezerwoaru na Rosenhügel zatrzymali się uczestnicy wycieczki w Neue Welt w Hietzing, gdzie do wspólnego zasiedli obiadu.

Dnia następnego we czwartek mieli członkowie czas wolny od posiedzeń obrócić na zwiedzanie różnych gmachów publicznych, a następnie miała się odbyć uczta wspólna składkowa, — w ostatnich jednak dniach program uległ zmianie, gdyż gmina miasta Wiednia zaprosiła członków Zjazdu do zwiedzenia budującego się ratusza, a następnie w piwnicy tegoż (*Rathhauskeller*) urządzono kosztem gminy przyjęcie dla członków Zjazdu Nie ukończonego ratusza wspaniałego i wielkiemi rozmiarami imponującego trudno mi opisywać nawet co do urządzeń higijenicznych, bo urządzenia te nie są jeszcze w tym stanie, aby można mieć o nich dokładne wyobrażenie, a co do podjęcia to było ono godne tak wielkiego miasta ponieważ zaś urządzeniem zajmowała się znana firma gastronomiczna Sachera nie pozostawiało nic do życzenia. Wzniesiono toasta na cześć Cesarza Franciszka Józefa I., który za pośrednictwem księcia Dra Karola Teodora przesłał zgromadzonym pozdrowienie, Cesarza Wilhelma, księcia Karola Teodora, m. Wiednia itd. Uczta ta przeciągła się od 6téj wieczór do północy. Na posiedzeniu zaś ostatniém Zjazdu uchwalono, o czém nadmienić zapomniałem, telegram dziękczynny do Cesarza za pozdrowienie, o którém w czasie uczty w ratuszu książe Karol Teodor zawiadomił. Cesarz nie omieszkał za ten telegram podziękować depeszą telegraficzną, która w sobotę nadeszła do Payerbach w czasie wycieczki członków Zjazdu do Kaiserbrunn. Dnia następnego uchwaliła Rada miasta Wiednia, aby w piwnicy, w miejscu gdzie przy uczcie siedział książe Karol Teodor, wmurować tablicę pamiątkową. Tak podjęcie jakotéż uchwała dowodzą, jak mile wdzianym był Zjazd w murach stolicy.

(Dokończenie nastąpi).

VIII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* Na posiedzeniu Komisyi sanitarnéj miejskiéj, odbytém w dn. 30 września rb. pod przewodnictwem radcy m. Dra. Warschauera 1) Dr. Buszek przedstawił Dra Wilkosza, mianowanego sekretarzem komisyi sanitarnéj. 2) Tenże odczytał wyniki rozbiorów chemicznych prof. Stopczańskiego, a mianowicie: *a)* farb używanych w fabryce cukierków Goldschneidera na Kazimierzu. Rozbiór nie wykazał farb zdrowiu szkodliwych. *b)* Wód ze studni w realności Mazala i z rowu poza wałem fortyfikacyjnym przy ulicy Karmelickiéj. *c)* Tutek do ssania. Tutki te zawierały bardzo wiele cynku. 3) Tenże przypomina: *a)* Ułożenie przez odpowiednią komisyję instrukcyi dla służby zdrowia. Ponieważ większa liczba członków téjże komisyi obecnie w komisyi sanitarnéj nie zasiada, przeto wybrano nową komisyję złożoną z Drów Domańskiego, Pareńskiego i Buszka. *b)* Sprawozdanie z rozbiorów wód, projektowanych do wodociągów. Uchwalono zażądać od Dr. K. Grabowskiego rzeczonego sprawozdania. 4) Rozwiązano komisyje delegowane do ułożenia regulaminu czyszczenia miasta i instrukcyi dla rozbiorów policyjno-sanitarnych. 5) Dr Buszek przedkłada nową instrukcyję dla akuszerek, wydaną rozporządzeniem Ministerstwa spraw wewnętrznych z dn. 4 czerwca 1881 i daje krótki pogląd na sprawy załatwione w biórze fizykackiém. 6) Tenże odczytał statystykę śmiertelności i chorób zakaźnych z ostatnich kilku tygodni i poczynił stosowne uwagi. 7) Oddano statut komisyi sanitarnéj do przejrzenia prof. Domańskiemu i fiz. Buszkowi. 8) Na wniosek prof. Domańskiego polecono

Dr. Buszkowi i Rybczyńskiemu zbadać pod względem sanitarnym domy, zamieszkałe przez służbę kolei północnéj a to z powodu, iż tamże często choroby zakaźne się pojawiają.

Statystyka epidemij. W tygodniu 38 (do 17 września) ospa w Londynie bardziéj się ograniczyła. Leczyło się w szpitalach 556, świeżo zapadło 74, umarło 26. W Paryżu umarło 10, w Petersburgu 5, w Wiedniu 13, w Saragosie 14, w Budapeszcie 6. Z duru brzusznego umierało więcéj w Budapeszcie, Paryżu i Petersburgu. Z duru osutkowego wydarzyły się przypadki śmierci: w Budapeszcie, Londynie, Walencyi, Maladze, Saragosie, Petersburgu i Madrycie. Czerwonka złagodniała w Granadzie i Aleksandryi. W Rio de Janeiro umarło od 16 do 31 lipca 1 osoba z febry żółtéj. W tygodniu 39 (do 24go września umarło w Krakowie: 1 z płonicy, 2 z błonicy, 1 z czerwonki, a doniesiono w tymże czasie o 1 przypadku ospy, 6 płonicy, 5 błonicy, 3 krztuśca, 2 duru brzusznego, 2 czerwonki.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 37 (do 10 września) umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 24,8; w Poznaniu 34,8; w Wiedniu 21,3; w Budapeszcie 36,2; w Pradze 23,7; w Tryjeście 29,2; w Berlinie 22,4; w Wrocławiu 27,1; w Gdańsku 25,4; w Mnichowie 33,5; w Dreźnie 17,9; w Lipsku 17,8; w Brukseli 22,9; w Amsterdamie 18,5; w Hadze 20,3; w Paryżu 23,2; w Londynie 15,7; w Kopenhadze 22,5; w Stokholmie 23,2; w Chrystyjanii 10,4; w Petersburgu 41,0; w Odessie 30,7; w Bukareszcie 19,8; w Madrycie 38,7; w Saragosie 50,1; w Aleksandryi 46,8; w Nowym Jorku 36,7; w Filadelfii 27,5; w Rio de Janeiro 42,3; w Bombaju 36,1; w Madrasie 36,6.

IX. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 13 października. Na posiedzeniu 1szém Wydz. lek. odbytém w d. 7 bm. dziekan prof. Stopczański uczcił pamięć zmarłego pod koniec ostatniego półrocza prof. Bryka i przywitał nowo mianowanego profesora medycyny sądowéj, podając do wiadomości Wydziału, że p. Minister oświaty przeznaczył kwotę 600 zła. na urządzenie zakładu sądowolekarskiego, że dotacyję roczną z 50 fl. podniósł do 150 fl., że przyzwolił na ustanowienie demonstratora przy tym zakładzie z wynagrodzeniem roczném 300 zła. i na przyjęcie sługi pomocnika, wreszcie że wezwał Wydział do uczynienia wniosku co do pomieszczenia zakładu.—Następnie Wydział uchwalił przedstawić Ministerstwu jako zastępcę profesora kliniki chirurgicznéj na czas potrzeby prymaryjusza i doc. Dra Obalińskiego, a równocześnie wybrał komisyję, która ma przedstawić Wydziałowi wniosek pod względem stałego obsadzenia katedry opróżnionéj.—Wreszcie uchwalił Wydział rozpisać konkurs na ustanowioną przez p. Ministra posadę asystenta przy klinice chorób dzieci, oraz na posadę asystenta przy katedrze anatomii patologicznéj z terminem do d. 21 bm.

* Dzień dzisiejszy jest dniem 60tych urodzin Rudolfa Virchowa. Uzyskał on dyplom doktora medycyny w Berlinie d. 21 października 1843, a w rozprawie inauguralnéj p. t. *De rheumate praesertim corneae* podaje następujące daty bijograficzne: *Natus sum Rudolphus Ludovicus Carolus Virchow anno 1821 die 13 Octobris Schivelbeinii, oppido Pomeraniae Neomarchico, quo pater Carolus mercator, mater Joanna e gente Hesse adhuc exoptata vita fruuntur. Fidei evangelicae addictus.*

* Na posiedzeniu w d. 8 bm. odbytém Sejm zgodził się bez dyskusyi na wniosek Wydziału krajowego względem mianowania Dra Szeparowicza stałym prymaryjuszem w szpitalu powszechnym we Lwowie; na posiedzeniu zaś z d. 11 bm. uchwalono również bez dyskusyi podwyższenie płacy dyrektorowi zakładu dla obłąkanych w Kulparkowie, Drowi Neusserowi.

* **Wiedeń**. Ministerstwo poruczyło docentowi i prosektorowi Drowi H. Chiaremu zastępstwo katedry anatomii patologicznéj na półrocze zimowe, a docentowi Drowi Hollowi we Wiedniu zastępstwo katedry anatomii opisowéj w Insbruku.

* **Paryż**. W półroczu zimowém wykładać będą w Wydziale lekarskim tutejszym: Gavarret i Gay fizykę lekarską, Jaccoud patologiję lek., Sappey i Faraboeuf anatomiję odisową, patologiję i terapiję ogólną Bouchard, chemiję lekarską Wurtz i Hanriot, patologiję chirurgiczną Duplay, operacyje Le Fort, histologiję Robin, historyję medycyny Laboulbène, klinikę lekarską: Sée. Lasègue, Hardy, Potain, choroby umysłowe Ball, dziecięce Parrot, syfilityczne i skórne Fournier, klinikę chirurgiczną: Gosselin, Richet, Verneuil, Trélat, oftalmologiczną Panas, położniczą Depaul, medycynę sądową Brouardel.

* **Nekrologija**. W Warszawie umarł Dr. Teofil Wisłocki, profesor w wydziale lekarskim. Zmarły rozmaite przebył koleje. Urodzony w r. 1815 w Tymbarku w Galicyi, ukończył szkoły średnie w Przemyślu, we Lwowie uczęszczał na Wydział teologiczny, w Berlinie na lekarski, w Dreźnie miał udział w wydawnictwach publicznych; w r. 1849 praktykował we Lwowie podczas cholery, od r. 1851 bawił we Wiedniu, gdzie ogłosił po niemiecku kompendyjum anatomii patologicznéj i repertoryjum farmakologii i wydawał dziennik polityczny *Wanderer*, a w r. 1856 znów we Lwowie redagował *Świt*. W r. 1857 powołany został do Warszawy jako profesor zrazu anatomii patologicznéj, później medycyny sądowéj, a wreszcie wykładał policyję lekarską. Był to pisarz i tłumacz niestrudzony; znane są tłumaczenia jego dzieła Caspra-Limana i antropologii Peschla; tłumaczenia te atoli nie doczekały się uznania.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 40: Pawłowskiego: Spostrzeżenia nad chorobami tyfusowemi, leczonemi w lazarecie wojskowym w Pułtusku; Rozenthala: Wynicowanie macicy, odprowadzenie, pęknięcie pochwy, wyzdrowienie. — Nr. 41 *Medycyny* nie otrzymaliśmy.

Redakcyja otrzymała:

Prof. E. HOFMANN (we Wiedniu): Uiber Stichwunden in Bezug auf das verletzende Werkzeug u. dessen Erkennung. (Osobne odbicie z W. Med. Jahrb. 1881) in 8vo str. 21 z tablicą.

Piśmiennictwo lekarskie. COLLET y GURGUI J. Die Ovarialschwangerschaft v. pathol.-anatom. Standpunkte. M. 2 Tfln. Lex. 8. Stuttgart, Cotta. M. 5.

DIDAY. Le péril vénérien dans les familles. 12. Paris, Asselin. Fr. 5.

DIRR. Guide pratique pour constater les falsifications du lait 18. Paris, J. B. Baillière et fils. Fr. $1\frac{1}{2}$.

FABRE A. Fragments de clinique médicale. Leçons recueillies par Audibert. 8. Paris, Delahaye. Fr. 4.

FAGE. Étude sur l'operation d'Emmet. 8. Paris, Delahoye et L. Fr. 3.

Towarzystwo lek. krak. odbędzie we środę dnia 19 bm. posiedzenie zwyczajne w Sali Akademii Umiejętności, na którém po zapowiedzianém już odczycie kol. prof. Browicza, kol doc Pieniążek okaże i objaśni przyrząd esofagoskop Störka.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Ponieważ ciągle nadchodzą zamówienia na Dziennik III Zjazdu Lekarzy i Przyrodników polskich, a nakład Nru 2 tegoż Dziennika jest już zupełnie wyczerpany, innych zaś Nrów posiada Redakcyja także tylko nieznaczny zapas, przeto Wydział gospodarczy uchwalił wydać w m. październiku rb. drugie wydanie Dziennika III Zjazdu Lek. i przyr., jeżeli się znajdzie dostateczna liczba prenumeratorów.

Prenumerata na 2gie wydanie wynosi 2 złr. i przyjmuje ją po dzień 15 października rb. Administracyja Przeglądu Lekarskiego.

Zamówienia, które nadeszły po 26 lipca rb. nie mogły już być uwzględnione, zamawiających zanotowano więc jako prenumeratorów na drugie wydanie.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co tydzień w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Ulica Podwale Nr. 34.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Boulv. Voltaire 180, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 22 października 1881. **№ 43.** Rok XX.

I. Z oddziału docenta Pareńskiego w szpitalu powszechnym w Krakowie.

Wpływ zbawienny róży na ostry reumatyzm stawowy.

Skreślił Dr. Leon Kopff.

Zamierzam tutaj dodać kilka spostrzeżeń do dawno znanego, lecz dotąd niewytłumaczonego wpływu leczniczego róży. Na dziwny ten objaw w patologii zwrócił uwagę po raz pierwszy Hofmann w r. 1675 w dziele swojém *de febre erisipelacea*. Od tego czasu przybyło spostrzeżeń bardzo wiele. Szczególniéj zajmowali się wpływem leczniczym róży dermatologowie i syfilidologowie. Niektórzy autorowie poświęcają mu całe monografije [1]). W ostatnich czasach szczególniéj zwrócono uwagę, że róża wywiera wpływ leczniczy nietylko na choroby skóry, syfilis i zołzy, ale także i na wiele innych chorób [2]). Uważano, że nierzadko neuralgije, opierające się wszelkiemu leczeniu, po przypadkowém zakażeniu różą zupełnie ginęły. Znanych jest kilka przypadków wyleczenia z chorób umysłowych przez różę. Opisują je Berthier (*Annales méd. psycholog.* VII, 1861), Esquirol (*Maladies mentales*), Sponholz (*Allgem. Ztschrift f. Psychiatr.* Bd. 30), Zenker *(ibidem* 1875 Bd. *32)* i wreszcie Korniłowicz *(Gazeta Lekarska* 1881, Nr. 17). Busch podaje (w *Berliner klinische Wochenschrift* 1866, 4 czerwca i 1868 S. 137) trzy przypadki mięsaka, w których róża, czy to przypadkowo, czy to umyślnie zaszczepiona, sprowadziła raptowne zmniejszenie się guza. Volkmann *(Billroth: Handbuch der allg. u. spec. Chirurg.)* widział zniknięcie keloidu, a więc nowotworu, złożonego po większéj części z tęgich i twardych włókien. Działanie lecznicze róży na wilka opisują Grivet, Cazenave, Bazin, Lamorche (*Grivet. Thèse de Paris* 1874). Jasiński opisał, z kliniki śp. prof. Girsztowta, przypadek zniknięcia mięsaka szczęki górnéj pod wpływem róży *(Gazeta Lekarska* 1878. Nr. 6). Podobny wpływ leczniczy róży obserwował Jasiński także u chorego dotkniętego *lymphadenomate colli* (*Gazeta Lekarska* 1884, Nr. 18).

Moje spostrzeżenia, jakkolwiek nieliczne, bo opierające się tylko na czterech przypadkach, dotyczą leczniczego wpływu róży na ostry gościec stawowy. W literaturze znalazłem jednę tylko wzmiankę, stojącą w związku z moim przedmiotem. Champouillon *(Rec. de mémoires de médec. militaire* 3 série XXII, p. 380) opisuje przypadek chronicznego zapalenia stawu kolanowego, w przebiegu którego rozwinęło się próchnienie kości i zapalenie tkanki podskórnéj (*phlegmone*) w okolicy stawu. Róża, która powikłała przebieg choroby, wpłynęła bardzo korzystnie na pierwotną chorobę, tak, że chory w krótkim czasie powrócił zupełnie do zdrowia.

Cztery przypadki, których przebieg pozwolę sobie w krótkości podać, obserwowano w szpitalu powszechnym w Krakowie w oddziale chorób wewnętrznych Docenta Dra Pareńskiego.

Iszy przypadek. F. M. wyrobnik, lat 36 mający, przybył do szpitala 7go stycznia 1879 r. Cierpi on już od trzech tygodni na reumatyzm. Obrzmienie wystąpiło naprzód w stawie barkowym prawym, potém łokciowym i kolanowym prawym, wreszcie w stawie skokowym lewym. Badanie wykazało: ciepłota niepodniesiona, tętno 96. W płucach

[1]) Spostrzeżenia nad leczniczym wpływem róży na choroby skórne i syfilityczne podaje: Alibert *Maladies de la peau 1822.* Sabatier *Thèse de Paris 1831.* Beaumès *Nouvelle dermatologie 1842.* Chaussit *Traité élémentaire des maladies de la peau 1853.* Devergie *Maladie de la peau 2e édition 1857.* Bardzo szczegółowo nad wpływem leczniczym róży na syfilis zastanawia się M. Ch. Mauriac w *Gazette des hôpitaux 1873.* Lewin w Berlińskim szpitalu Charité spostrzegał nader korzystny wpływ róży na syfilis, na dymienice ropiejące itp. (*Ziemssen's Hbch. d. spec. Path. u. Ther. 2 Aufl. II B. 2 H. S. 728).* Podobne spostrzeżenia podaje także Ricord w swojém dziele. W ostatnich latach przybyło w tym kierunku nader wiele spostrzeżeń. Ogłaszają je głównie Francuzi.

[2]) Frank w dziele *Eléments de thérapeutique 1792* pisze między innemi: *les personnes sujettes à des poussées d'érisipèle, si elles viennent à eu être affectées dans les cours d'une maladie serieuse ou grave, peuvent voir leur affection notablement amendée ou même guérie.*

objawy nieżytu, śledziona przy wdechu macalna, stawy: kolanowy, łokciowy i barkowy po stronie prawéj, jakotéż oba stawy skokowe obrzmiałe i bolesne. Obok tych objawów stwierdzono zapalenie nieżytowe pęcherza moczowego. Stan taki bez zmian prawie żadnych utrzymuje się do 17go stycznia, tj. przez czas dziesięciodniowego pobytu w szpitalu. W czasie tego stósowano *ammonium causticum*, wstrzykiwania podskórne morfinu, a w ostatnich dwóch dniach rozpoczęto wstrzykiwać podskórnie jodek potasu w 2% rozczynie. W dniu 10tym pobytu w szpitalu chory zaczął gorączkować, a w dniu następnym rozpoznano zapalenie płuc po stronie prawéj. 24/1 nastąpił przełam zapalenia. W czasie tego powikłania stawy dość znacznie sklęsły, chory wcale się nie skarży na bóle w nich. W drugim już dniu po przełamie zapalenia płuc chory znów się zaczyna uskarżać na bóle w stawach, a w dniach następnych stwierdzono nawet, że i obrzmienie stawów zajętych się wzmogło. Wśród tego 3 lutego rozwinęła się róża na nosie, poprzedzona zwykłemi objawami bólu głowy, gorączki itd. Róża zajęła w dniach następnych twarz, wreszcie posunęła się ku skórze tyłogłowia. 8/2 spostrzeżono znaczne sklęśnięcie stawów, 10/2 chory przestał gorączkować, skóra na twarzy i głowie zaczęła się łuszczyć, obrzmienie i bolesność ze stawów całkiem ustąpiły. W pięć dni późniéj, gdy chory miał już opuścić zakład, róża rozwinęła się po raz wtóry na twarzy i głowie, biorąc zapewne początek z ropnia, który utworzył się w okolicy ucha prawego. Obrzmienie stawów więcéj nie wystąpiło, a chory 25 marca opuścił zakład zupełnie zdrów.

W przypadku tym dwie rzeczy godne są zastanowienia. Reumatyzm, który przybiera coraz więcéj charakter zapalenia przewlekłego, opiera się wszelkiemu leczeniu. Zapalenie płuc dławcowe, a więc choroba ostra połączona z silną gorączką, zdaniem niektórych patologów choroba zakaźna, wywołuje zmniejszenie obrzmienia stawów i wszystkich objawów gośćca. Wprawdzie objawy te wzmagają się po ustąpieniu zapalenia płuc, lecz nie dosięgają już pierwotnego stopnia. Róża, która rozwinęła się na twarzy, a następnie zajęła skórę całéj głowy, wywołała sklęśnięcie zupełne stawów, zupełne wyleczenie z gośćca.

II. przypadek. M. M. służąca, 25 lat mająca, przybyła do szpitala 19 lutego 1879 r. Reumatyzm rozpoczął się przed tygodniem. Badanie wykazało: stan bezgorączkowy, staw nadgarstkowy prawy silnie obrzmiały, bolesny, skóra zaczerwieniona. Stósowano naprzód *ammonium causticum*, potém wstrzykiwania podskórne morfinu, a na staw zajęty okład wysychający. Gdy i to nie pomagało, założono opatrunek ustalający, zalecono mięsienie, tynkturę jodową, a wreszcie *vesicans*. Ten ostatni środek zdawał się najwięcéj skutkować. Mimo to zmiany na lepsze były nieznaczne i chora pozostała w leczeniu do 3 maja. W dniu tym pośród zwykłych objawów rozwinęła się róża, biorąc za punkt wyjścia ucho lewe. W następnych dniach róża posunęła się na twarz. Obrzmienie ze stawu nadgarstkowego ustąpiło zupełnie, i nawet po ustąpieniu wszystkich objawów róży, nie powróciło więcéj.

I w tym przypadku mieliśmy do czynienia z reumatyzmem mającym więcéj charakter przewlekły, uporczywy. Stósowaliśmy cały szereg leków, które w takich razach nie rzadko okazują się być skutecznemi, niestety w tym przypadku prawie bez żadnego skutku. Nieproszone powikłanie z różą wyleczyło chorą zupełnie.

III. przypadek. R. M. służąca, 40 lat licząca, przybyła do szpitala z ostrym gośćcem od dziesięciu dni trwającym. Badanie wykazało: ciepłotę 39·0, tętno 96, w płucach objawy rozedmy, stawy nadgarstkowe obrzmiałe, bolesne. W czasie pobytu w szpitalu przybywa jeszcze nowe obrzmienie stawu barkowego prawego, a w kilka dni późniéj stawu kolanowego lewego. Podawano przez parę dni z początku *Natrum aceticum*, a późniéj *Acidum salicylicum* i *Natrum salicylicum* po 4 gramy dziennie. Oba leki bez widocznego skutku. Wśród takich objawów rozwinęła się róża, tym razem na przedramieniu lewém i posuwała się ku barkowi. Naprzód ustąpiło zupełnie obrzmienie za stawu nadgarstkowego lewego. W innych stawach nie było jeszcze widocznych zmian, chora jednak przestała się uskarżać na bóle w nich. W szóstym dniu róży ustąpiło prawie zupełnie obrzmienie z drugiego stawu nadgarstkowego, w stawie kolanowym zaś było znacznie mniejsze. Niestety występujące zapalenie płuc, niewiadomo, czy jako powikłanie gośćca, lub téż róży, szybko położyło kres życiu choréj i nie dopuściło dalszéj obserwacyi.

Przypadek ten różni się od dwóch powyższych tém, że mamy tutaj do czynienia ze wszystkiemi objawami ostrego gośćca. Chora aż do wystąpienia róży na przedramieniu lewém gorączkowała, a w czasie pobytu w szpitalu, na krótki czas przed rozwinięciem się róży, obrzmienie wystąpiło w dwóch nowych stawach. I tutaj leczenie nie może się poszczycić świetnemi wynikami. Róża, która się rozwinęła na przedramieniu lewém, usunęła naprzód obrzęk stawu nadgarstkowego lewego. Mogła zatém tutaj działać po prostu jako silny *derivans*, jakiém my w naszéj farmakopei nie rozporządzamy. Ustąpienie jednak zapalnego wysięku ze stawu drugiego nadgarstkowego nie da się w ten sposób wytłumaczyć.

(Dokończenie nastąpi.)

II. Doświadczenia z dziedziny neurochirurgii.

Podał Docent Dr. Obaliński.

I. Naciąganie nerwów *(neurotonia)*.

(Ciąg dalszy. Patrz. Nr. 42).

2) Otylija K. lat 20, panna służąca, przybyła na oddział prawie równocześnie z poprzednią chorą skarżąc się na ból i lekki obrzęk ręki prawéj osobliwie po stronie dłoniowéj, a to w skutek skaleczenia się szkłem w okolicy stawu nadgarstkowego od strony wewnętrznéj przed czterema tygodniami. Badanie wykazalo tamże bliznę poprzeczną świeżą lecz już dosyć zbitą, przy ucisku bardzo dolegliwą. W przypuszczeniu, że blizna owa ugniata na nerw pośrodkowy przystąpiono do wycięcia blizny za pomocą cięcia podłużnego, przyczém się pokazało, że nerw rzeczywiście zrośniętym był z blizną. Mała ta rana opatrzona antyseptycznie zagoiła się prędko, lecz przypady dawniejsze się nie zmieniły. Z tego powodu postanowiono jeszcze raz odsłonić nerw i dokładnie pod chloroformem zbadać, czy nie tkwi w nim gdzie ciało obce. I tym razem nic nie znaleziono. Ponieważ bóle nietylko się nie zmniejszały, lecz jeszcze bardziéj się rozszerzały, nerw bowiem pośrodkowy stał się dotkliwym w całym swym przebiegu, a po części także nerwy łokciowy i sprychowy, przeto ze względu na dodatni rezultat operacyi w poprzedzającym przypadku, rozpoznawszy i tu *neuritis*, przedstawiłem choréj potrzebę wykonania naciągnięcia nerwów, a przynajmniéj nerwu najbardziéj dotkniętego, t. j. pośrodkowego.

Dnia 13 sierpnia 1877 odsłoniwszy w narkozie nerw powyżéj blizny przystąpiłem do naciągania go, przyczém on jednakże zaraz przy pierwszém lekkiém naciągnięciu się przerwał, zapewne z powodu poprzedniego zranienia owym kawałkiem szkła. Nie pozostało mi zatém nic do zrobienia, jak ułożyć nerw z powrotem w swém miejscu (naówczas niebyło zeszywanie nerwów jeszcze tak na porządku dziennym jak dzisiaj) i zespoić ranę. Zagojenie nastąpiło wkrótce, lecz co było do przewidzenia, bóle i przypady trofoneurozy rozwijały się coraz bardziéj. Chora wyszła ze szpitala niezadowolona i stała się morfinistką. Co się obecnie z nią dzieje, nie jest mi wiadomém.

3) Rozalija M., lat 22 licząca, służąca, odmroziła w dn. 17tym stycznia 1881 r. obydwie stopy a zgłosiwszy się w dn. 22gim stycznia na oddział chirurgiczny szpitala św. Łazarza okazywała na stopie lewéj wszystkie palce czarne i bez czucia a skórę na grzbiecie stopy brudno zabarwioną i miejscami pęcherzami pokrytą; na prawéj stopie zniszczenie było mniejsze, albowiem ograniczyło się tylko do samych palców.

Mając zamiar przystąpić do rękoczynu postanowiłem zaczekać, aż się zgorzel dobrze ograniczy i w tym celu zlewano codziennie obydwie stopy rozczynem karbolowym i opatrywano je gazą i jutą karbolową.

Stan ogólny choréj był zadowalający a na prawéj stopie zaczęły się już oddzielać części zgorzelinowe, gdy nagle w dniu 5tym lutego, a więc 16go dnia po przybyciu do szpitala, pojawiły się przypady szczękościsku i tężca. Próbowano podawać chloral (3 gm.), morfin podskórnie, chloroformowano, lecz z wyjątkiem zwolnienia przypadów podczas narkozy chloroformowéj nie było żadnego skutku, a po dwóch dniach wzmogły się one tak dalece, iż co chwila groziła śmierć z uduszenia. Pomny na dobre skutki, jakie w tężcu osiągnęli przez naciąganie nerwów Vogt, Nussbaum i inni, postanowiłem i w tym przypadku sposobu tego spróbować, jakkolwiek nie obiecywałem sobie już naprzód wiele, gdy tężec ten, jako nie wybitnie traumatyczny, nie zdawał mi się bardzo przydatnym do naciągania nerwów. Ponieważ zaś lepsze jest *remedium anceps quam nullum*, przystąpiłem zaraz, t. j. dnia 7go lutego, do odsłonięcia nerwu kulszowego lewego, dla tego, że po téj stronie zniszczenie było znaczniejsze, a więc i przypuszczenie wyjścia tężca z téj strony było więcéj usprawiedliwionem. Nacięcie podłużne od fałdy pośladkowéj, tak jak je Vogt radzi; odszukanie nerwu dosyć łatwe; naciągnięto w obu kierunkach silnie. Opatrunek antyseptyczny.

Po przebudzeniu się z narkozy powrót zupełny do dawnych przypadów i wieczorem śmierć wśród objawów oddechowych Cheyne-Stokesa.

Przy sekcyi nie znaleziono żadnych dodatnich szczegółów.

4) Tymoteusz Z., obywatel ziemski, były oficer artyleryi rosyjskiéj, przybył na oddział chirurgiczny w dniu 11 lipca 1881 z rozpoznaniem wiądu rdzenia pacierzowego. Chorobę tę rozpoznali u niego profesorowie Korczyński i Domański i polecili mu, aby się do mnie udał celem wykonania mu naciągnięcia nerwów. Pacyjent nie przypomina sobie żadnych ważniejszych chorób, któreby przebył, a na zapytanie, czy cierpiał kiedy w młodości na syfilis odpowiada że raz zaraził się od cygarniczki swego kolegi, że się na to leczył, lecz że nigdy żadnych następstw później nie uważał. W roku 1849 doznał kontuzyi podczas kampanii węgierskiéj, w prawe kolano. Zapytany o nagłe lub znaczne przemoczenia odpowiada, że często bywał na polowaniach, podczas których brnął w wodzie po kolana i że miewał zwyczaj często po znaczném znużeniu się przy gospodarstwie obydwie nogi w zimnéj wodzie moczyć, nie może sobie jednak żadnego faktu przypomnieć, do któregoby odnieść można początek obecnéj choroby. Zaczęła się ona przed mniéj więcéj ośmiu laty bólami kłującemi w udach, co mu jednak w chodzeniu nie bardzo przeszkadzało, chodzenie dopiero od dwóch lat zaczęło zbaczać od stanu prawidłowego, ciągle się wzmagając, tak że w ostatnich miesiącach może chodzić tylko z trudnością o lasce, przyczém doznaje już to znacznych bólów, już to naprężenia mięśni, zmuszających go do używania wstrzykiwań podskórnych z morfinu, jako jedynego środka łagodzącego te cierpienia, gdyż inne jak kąpiele, prąd stały itp. środki albo bardzo mało albo wcale nie skutkowały.

Dnia 15go lipca zbadany przezemnie wspólnie z kol. prof. Domańskim okazywał następujący stan obecny: Mężczyzna wzrostu średniego, dosyć dobrze zbudowany lecz miernie odżywiony z wyrazem twarzy spokojnym nie zdradzającym przygnębienia. Włos na czaszce gęsty, ciemny, zarost brody rzadki, szpakowaty. Na bóle głowy nie skarży się; pamięć dobra. Mowa nie przedstawia nic zbaczającego. Wzrok dosyć dobry, źrenice równe, oddziaływają na światło leniwo, przy zmianie akomodacyi nieco raźniéj, lecz stężenia źrenicy *(Pupillenstarre)* nie ma. Na barwy (próba włóczkowa) oddziaływa prawidłowo. Siła w rękach gruba jest prawidłową; delikatne ruchy wykonywa niezgrabnie. W płucu i w sercu nie znaleziono żadnych zboczeń, nie skarży się ani na bicie serca ani na przypady t. zw. *angor praecordialis.* Trawienie upośledzone, wypróżnienia nieregularne i najczęściéj sztuką wywoływane. Pęcherz moczowy stale rozszerzony daje się dokładnie po nad spojeniem kości łonowych wymacać, ztąd téż i oddawanie moczu temu odpowiedne, t. j. bardzo częste w nader małych ilościach. Od dwóch lat nie spółkował a ze względu, że nie doznaje ani chęci pod tym względem ani nie spostrzega erekcyj, wnosić należy że jest niezdolnym do tego aktu (*impotentia coeundi).* Chód jest charakterystyczny jak na sprężynach, tak zwane „kogucie stąpanie" *(Hahnentritt)* i tylko o lasce możebny. W ciemności i przy zamkniętych oczach chwieje się i grozi upadkiem. Przy badaniu estezyjometrem widzimy różnicę o 4—5cm. Termestezyjometer wykazuje stosunki prawidłowe. Koniec tępy odróżnia dosyć dobrze od ostrego; chodząc boso odróżnia posadzkę od kocyka lub płótna rozpostartego. Doznaje ciągłego zimna w odnogach dolnych, bóle dawniéj tak znaczne w ostatnich tygodniach nieco zelżały, a pozostały tylko bardzo nieznośne wyprężania mięśni, osobliwie na przodkowéj stronie uda i podudzia. Objawu kolanowego nie ma ani śladu.

Wyszczególniłem dokładnie wszystkie postrzegane przez pacyjenta i przez nas przypady, aby usprawiedliwić rozpoznanie *tabes dorsalis,* które w ostatnich czasach nawet przez pierwsze znakomitości w dziedzinie neuropatologii rozpoznawane częstokroć się przy sekcyi nie sprawdziło.

Każdy nieuprzedzony jednak przyzna, że z powyżéj wyliczonych przypadów i w obecnym stanie wiadomości naszych o cierpieniach i zmianach w rdzeniu pacierzowym nie możemy inaczéj w tym przypadku rozpoznawać jak *tabes dorsalis,* t. j. zwyrodnienie sznurów bocznych. Wobec tych wątpliwości tém bardziéj zasługuje na uwagę twierdzenie Langenbecka, że wiądu rdzenia pacierzowego nie należy uważać za pierwotne cierpienie ośrodkowe, lecz że ono nastę-

powo wytwarza się z biegiem czasu, że zatém trafić możemy na okres, w którym nie znajdziemy charakterystycznych zmian w rdzeniu pacierzowym, pomimo że za życia były bardzo wybitne przypady ataksyi.

W dniu 16tym lipca wykonałem po zachloroformowaniu chorego naciągnięcie nerwu kulszowego po obu stronach. Strona techniczna nie przedstawiała żadnych trudności; dodać tylko winienem, że zachowaliśmy skrupulatnie przestrogi Listera, na co zresztą szczególniejszą zwracać należy baczność, a o czém jeszcze poniżéj bliżéj pomówić mi wypadnie.

Owłókna obydwóch nerwów przeważnie zaś lewego zdawała się być więcéj różową z nastrzykanemi naczyniami. Wykonałem na każdym nerwie po kilka silnych naciągnięć w obu kierunkach tak, iż nerw w kształcie pętli przed raną był widocznym a podczas samego aktu uważano znaczne zwolnienie tętna, nadto spostrzegł obecny przy operacyi prof. Domański, że źrenice w czasie trakcyj znacznie się rozszerzały, a przy zwolnieniu natychmiast się zwężały.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Z kliniki chirurgicznéj Prof. Billrotha w Wiedniu.

O użyciu jodoformu w leczeniu ran.

Skreślił Dr. Jan Mikulicz
asystent powyższéj kliniki i docent prywatny w Uniwersytecie wiedeńskim.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 42.)

Czyraki i wągliki (*Furunculi et carbunculi*) leczyliśmy z najlepszym skutkiem w ten sposób, żeśmy po dokonaném nacięciu wypełniali ranę proszkiem jodoformowym lub też wkładali cienkie paski gazy jodoformowéj; na ten opatrunek kładliśmy letnio-wilgotny okład, jeżeli okolica rany znacznie była nacieczoną. W jednym przypadku ciężkiego wąglika na żuchwie i dolnéj wardze nastąpiło uleczenie bardzo szybko pod powyż opisanym opatrunkiem. Za pomocą jodoformu powstrzymałem u 60letniego mężczyzny dalsze rozwijanie się wrzodu żrącego, który zniszczył był pół palca i część skóry na grzbiecie ręki i długo się opierał wszelkim środkom jakoto: kilkakrotnemu przyżeganiu, leczeniu przeciwkiłowemu itd.

Czy jodoform działa także przeciw róży już istniejącéj i dyfteryi ran, czy on jest w stanie rozwijaniu się tychże chorób przeszkodzić, o tém orzeczenia wydać nie mogę z powodu braku doświadczeń. Wątpię, aby jodoform na ranę zastosowany, miał jakikolwiek wpływ na rozwinięcie się pierwszéj, albowiem on działa tylko lokalnie.

Największe praktyczne znaczenie ma jodoform w obec zaniedbanych wrzodów odnóg dolnych. Przed dwoma laty widziałem zastósowanie jego w tym celu u Listera, który go uznał za najsilniejsze i najpewniejsze antisepticum w podobnych przypadkach. Na powierzchnię wrzodu posypuje się proszek jodoformowy lub też przykłada się gazę jodoformową, na to kładzie się odpowiednią ilość waty, którą się dość silnie ściskającemi opaskami przytwierdza. Zwyczajnie osiąga się tym sposobem już po kilku dniach (nawet bez trzymania chorego w łóżku) oczyszczenie wrzodu, co właśnie jest główném zadaniem leczenia jodoformem. Utworzenie trwałéj blizny potrzeba innemi a głównie mechanicznemi środkami sprowadzić; ostatniemi czasy używamy w tym celu prawie wyłącznie opaski kauczukowéj Martina, która w ambulatoryczném leczeniu tego tak częstego cierpienia w naszéj klinice bardzo skuteczną się okazała.

Bardzo dobre usługi oddaje następnie jodoform w leczeniu sposoczałych guzów, a mianowicie raków wszelkich okolic ciała, które z powodu obfitego wydzielania obrzydliwie cuchnącéj posoki tak często są największém utrapieniem dla chorego i jego otoczenia, jakoteż największą plagą dla lekarza.

Używaliśmy jodoformu w postaci proszku lub pęczka z gazy jodoformowéj do dezinfekcyi raków niekwalifikujących się do operacyi i owrzodziałych na sutkach, macicy, członku męzkim, języku itd. W rakach prostnicy, macicy i pochwy nadają się czopki i wianki z jodoformu i tłuszczu kakaowego lub gelatyny z małym przydatkiem morfinu. W przeciągu 24—48 godzin znika ów obrzydliwy odór a po części znikają także boleści, co tak chorym, jako też ich otoczeniu wielką ulgę sprawia. Nie przyjemny zapach jodoformu łagodzić można, jak już wspomniałem, olejkami eterycznemi. Trzeba troskliwie na to baczyć, aby się jodoform ściśle i zewsząd stykał z powierzchnią wrzodu.

Jednakowoż nietylko do oczyszczenia nowotworów nienadających się do operacyi, lecz także u nowotworów mających się operować zaleca się jodoform do poprzedniéj dezinfekcyi jako przygotowanie do operacyi. Wprawdzie już dawniéj staraliśmy się pole operacyi i otoczenie posoczących guzów, np. w jamie ust, w pochwie itd. przygotowawczo oczyścić; lecz to się nam nigdy nie udawało w tak prosty i pewny sposób, jak obecnie za pomocą jodoformu.

Tu należy wreszcie wspomnieć jeszcze o użyciu jodoformu do jam ciała, które się stały siedliskiem procesów zapalnych i jątrzących. Przedewszystkiém wspomnę tu o dwu otokach ropnych piersiowych (*Pyothorax)*, które się wprawdzie pod względem etyjologicznym i przebiegu różniły, których jednak leczenie przecie za pomocą jodoformu w sposób wcale zadowalający postępowało. W jednym przypadku (z méj prywatnéj praktyki) chodziło o nader rozwinięty otok piersiowy (*empyema)* u 10-letniego chłopaka, powstały po nagłém zapaleniu opłucny lewéj. W skutek 10-tygodniowego trwania choroby wynędzniał chory w wysokim stopniu a trzykroć podejmowane nakłócie klatki piersiowéj pozostało bezskutecznėm. Wykonałem tedy wcięcie z odpiłowaniem kawałka siódmego żebra, odrenowałem ranę i nałożyłem opatrunek jodoformowy; oprócz tego jednak wciskałem 2 razy tygodniowo mały kawałek pręcika jodoformowego w jamę opłucny. Od drugiego tygodnia począwszy wydzieliny coraz stały się rzadszemi, straciły charakter ropny zupełnie i były zawsze bezwonnemi; pacyjent, który przed operacyją ustawicznie gorączkował, od chwili operacyi nie miał wcale gorączki. Po 6ciu tygodniach zasklepiła się rana zupełnie, płuco, pierwéj w wysokim stopniu ścieśnione, rozprężyło się znowu prawie całkowicie, a serce, poprzód zupełnie na prawą stronę wyparte, powróciło na właściwe miejsce. Chory zyskał w przeciągu tego czasu na wadze około $5^1/_2$ kilo (t. j. z $24^1/_2$ kilo ciężar podwyższył się do 30.

W drugim przypadku chodziło o otok piersiowy ropny, powstały w skutek ukłucia a trwający od 6ciu lat. Gdy chory przyszedł do kliniki, skonstatowano przetokę, prowadzącą do przestronnéj jamy, napełnionéj cuchnącą posoką. Także i tu zrobiono wydatne wcięcie, odrenowano ranę i zapuszczano również 2 razy tygodniowo pręciki jodoformowe. Już po 8miu dniach wydzieliny były całkiem bezwonne. Zupełne zagojenie nie nastąpiło tu wprawdzie w tak krótkim czasie, gdyż jeszcze po 3ch miesiącach wypływały ustawi-

cznie wydzieliny z przetoki; jednakowoż przy tak długiém istnieniu jamy, wyścielonéj mało podającą się błoną rzekomą, niczego innego spodziewać się nie było można. Ten przypadek ma być tylko dowodem, że jodoform nawet pod tak przykremi warunkami jest w stanie rozwinąć szybkie i energiczne przeciwgnilne działanie.

Z bardzo dobrym skutkiem używałem daléj jodoformu w podobny sposób w dwóch przypadkach ropnego zapalenia pęcherza. Gdy inne środki stanowczego skutku nie osiągnęły, wsuwałem każdego dnia mały kawałek pręcika jodoformowego przez cewkę moczową do pęcherza. (U kobiety dało się to uskutecznić wprost za pomocą kleszczyków, u mężczyzny wprowadzono pręcik jodoformowy do pęcherza za pomocą cewnika). W obu przypadkach mocz pierwéj alkaliczny w 3—4 dniach stał się bezwonnym i oddziaływał kwaśno.

Wreszcie wspomnę tutaj, że ostatniemi czasy stosują położnicy i ginekologowie pręciki jodoformowe w podobny sposób także do jamy macicznéj. Pręcik jodoformowy wsuwa się przez szyjkę do jamy macicznéj, gdzie się wkrótce rozpływa tak, że ściany z łatwością wchodzą zewsząd w styczność z jodoformem. Ten sposób zastosowania bywa używany z wielkim skutkiem tak w celach zapobiegawczych po operacyjach położniczych i ginekologicznych, jakoteż w istniejącém zapaleniu błony śluzowéj macicy.

(Dokończenie nastąpi).

IV. O wycinaniu okręgowém kawałków jelita z następném zeszyciem obu odcinków. (*Enterorrhaphia*).

Przez Dra **Rydygiera**.

Wykład kliniczny miany w streszczeniu na III Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie 1881 r.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 42).

Doświadczenie 7. Dnia 26 sierpnia r. b. wycięliśmy małéj żółtéj suczce 23cm. jelita. Dnia 26 sierpnia już raz rozpoczęliśmy operacyję, ale dla niespokojności mimo chloroformu nastąpiło wypadnięcie jelit, więc po odprowadzeniu ich i zeszyciu brzucha przerwaliśmy operacyję. Przy dzisiejszéj operacyi pies również nadzwyczaj niespokojny. Pierwszy rząd szew kuśnierski, drugi 15 szwów Lemberta, katgut chromowy. Dnia 29 sierpnia znaleźliśmy psa nieżywego z wypadniętemi i na jedném miejscu przegryzionemi jelitami. Miejsce zeszycia było w jamie brzusznéj zupełnie zrośnięte.

Doświadczenie 8. Dnia 1 września r. b. wycięliśmy tłustemu, żółto-białemu psu 70cm. jelita. Pierwszy rząd szew kuśnierski, drugi 16 szwów Lemberta, 3 szwy śródjelitowe, zwyczajny katgut. Pies żyje do dziś dnia

Doświadczenie 9. Małemu, żółtemu psu wycięliśmy dnia 3 września r. b. 23cm. jelita. Pierwszy rząd szew kuśnierski, drugi 12 szwów Lemberta; 2 szwy śródjelitowe; zwyczajny katgut. Pies zdrów.

Doświadczenie 10. Dnia 7 września r. b. wycięliśmy czarno białemu psu 76cm. jelita. Pierwszy rząd szew kuśnierski, drugi 18 szwów Lemberta; 1 szew śródjelitowy; zwyczajny katgut. Jak w poprzednich doświadczeniach tak i tu użyliśmy naszych uciskadeł, ale dla zbadania bliższego sposobu działania podwiązek elastycznych podwiązaliśmy część wyciąć się mającego jelita nitką gumową; ściany podwiązanego jelita ułożyły się w fałdy. Pies żyje.

Doświadczenie 11. Dnia 10 września r. b. wycięliśmy wielkiemu czarnemu chartowi 66cm. jelita. Pierwszy rząd szew kuśnierski, drugi 15 szwów Lemberta; 2 szwy śródjelitowe; zwyczajny katgut. I w tém doświadczeniu podwiązaliśmy część wyciąć się mającego jelita gumową podwiązką i tu zmarszczyły się ściany. Trzeciego dnia po operacyi spostrzegliśmy, że psu wypadły jelita: odprowadzenie, powtórne zeszycie ścian brzusznych. Pies zdrów.

Doświadczenie 12. Dnia 23go sierpnia r. b. wycięliśmy staremu małemu czarnemu psu 63cm. jelita. Krótko przed operacyją się nażarł. Z umysłu oddzieliłem od każdego odcinka o 1 cm. śródjelicie. Do podwiązek i szwu użyliśmy katgutu chromowego. Pierwszy rząd szew kuśnierski, drugi 12 szwów Lemberta; 4 szwy śródjelitowe. Dnia 25 sierpnia znaleźliśmy psa nieżywego: Zapalenie jelita z przedziurawienia; kał w jamie brzusznéj; na miejscu szwu naokoło zgorzel ściany jelitowéj, w któréj szwy wiszą. Katgut nie wiele zmieniony.

Doświadczenie 13. Dnia 29 sierpnia rb. wycięliśmy czarno-białéj małéj suce 59 cm. jelita. Od każdego odcinka odłączyliśmy po 4 cm. śródjelicia. Pierwszy rząd szew kuśnierski, drugi rząd 15 szwów Lemberta z katgutu chromowego. Już podczas szycia końce od śródjelicia odłączone siwieją. Dnia 1 września rb. znajdujemy psa nieżywego. Badanie pośmiertne wykazuje zapalenie otrzewny; w jamie brzusznéj kał; brzegi zeszyte daleko się rozchodzą zgorzelinowe; katgut nie bardzo zmieniony po części wisi jeszcze w resztkach ścian.

Doświadczenie 14, 15, 16. Dnia 30 czerwca rb. podwiązaliśmy małemu, żółtemu psu jednę tętnicę śródjelicia (14), daléj oddzieliliśmy na innem miejscu jelito od śródjelicia na przestrzeni rozgałęzienia jednéj tętnicy śródjelicia, około 1½ cm. (15), a na trzeciém miejscu w przestrzeni dwóch tętnic, około 3 cm. (16). Pętla jelita na 3 cm. oddzielona sinieje, na pierwszych dwóch miejscach nie widać żadnych zmian. Po odprowadzeniu jelit zeszycie ścian brzusznych i opatrunek. Pies zupełnie zdrów. Dnia 19 lipca zabiliśmy psa: Rana brzuszna zagojona; kilka pętli zlepionych; trudno odszukać miejsc operacyi, na jelicie wcale ani znaku zmiany nie widać.

Doświadczenie 17, 18, 19. Podobnie postąpiliśmy dnia 30 sierpnia rb. z suczką czarno-brunatną, jak w poprzednich doświadczeniach. Tym razem już po odłączeniu jelita na przestrzeni rozgałęzienia jednéj tętnicy śródjelicia widzimy ciemniejsze zabarwienie, które jeszcze wyraźniéj występuje na trzeciém miejscu. Mimo to pozostaje pies zupełnie zdrowym i wesołym, mniéj zmęczony niż po wycięciu kawałka jelita.

Doświadczenie 20. Kawałek świeżo wyciętego jelita zamknęliśmy na dolnym końcu naszemi elastycznemi uciskadłami, a w górny jego koniec wwiązaliśmy wąż irygatora 1 cm. długi. Po nalaniu 1 litra wody do irygatora wznieśliśmy go zupełnie w górę: kiszka się rozdęła bardzo, ale ani kropla nie wypłynęła pomiędzy uciskadłami.

Doświadczenie 21. Daleko dłuższy kawałek jelita (około ½ metra długi) zaopatrzyliśmy w podobny sposób. Podnieśliśmy teraz irygator na 1½ metra wysokości: cokolwiek wody wydobywa się pomiędzy uciskadłami, czemu atoli zapobiedz możemy przez mocniejsze zawiązanie gumowych nitek.

Dodatek II.

A) Okręgowe wycięcie kawałka jelita z następném zeszyciem odcinków przy nieprawidłowym otworze odchodowym i przy przetoce kałowéj.

1) Hueter (w *D. Z. f. Chirurgie* IX p. 521 opisany przez Schüllera)—mężczyzna lat 43 liczący —operowany 22 lutego 1876.—Wskazanie: Odbyt nieprawidłowy po zgorzeli uwięzgniętéj przepukliny pachwinowéj prawéj. — Zaciśnięcie palcami. — Długość wyciętego kawałka niepodana. — Wyrównanie różnicy światła niepodane. — Szew jelitowy Lemberta.—Szyto katgutem. — Ilość szwów niepodana. —Zeszyte jelito odprowadzono.—Wieczorem znaczne boleści, temp. 39. — Wynik: † dnia następnego w skutek zapalenia otrzewny.

2) Schede (*Verhandl. d. D. Ges. f. Chir. VIII Congress* 1870 pag. 78)—kobieta l 43 licz.—operowana 19 czerwca 1878.—Wskazanie: nieprawidłowy odbyt w lewéj okolicy pachwinowéj dostępny dla palca, od 3 tygodni istniejący po zgorzeli przepukliny.—Chwilowe podwiązanie mocną nitką katgutu nie zbyt silnie zawiązaną.—Małe kawałki wycięto.— Żadnéj wzmianki o różnicy światła nie ma.—Szew Lemberta.—Szyto katgutem.—Ilość szwów niepodana.—Nie odprowadzono jelita zeszytego. — Dnia szóstego cokolwiek kału. Dnia ósmego dokładne zamknięcie otworu. Dwunastego dnia jelito się wyciągnęło. — Wynik: wyleczonego wypuszczono z lekkim paskiem przepuklinowym.

3) Schede (tamże)—kobieta l. 62 licz.—Dzień operacyi niepodany.—Wskazanie: przepuklina pępkowa z przetoką kałową, wielkości jednomarkówki. — Chwilowe podwiązanie cienką nitką katgutu nie zbyt silnie zawiązaną.— Długość wyciętego kawałka 12 cm. z odpowiednim klinem śródjelicia.— Żadnéj wzmianki o różnicy światła nie ma.— Szew Lemberta.—Materyjału do szwu nie podano.—Ilość szwów niepodana.—Nie odprowadzono jelita zeszytego.—4 dnia zator tętnicy płucnéj.—Wynik: † Brak zapalenia otrzewny.

4) Schede (tamże)—kobieta l. 58 licz.—operowana 8 kwietnia 1879. — Wskazanie: przetoka kałowa w białéj linii pod pępkiem.—Chwilowe podwiązanie mocną nitką katgutu nie zbyt silnie zawiązaną.—Długość wyciętego kawałka nie podana.—Żadnéj wzmianki o różnicy światła nie ma.—Szew Lemberta.—Materyjał do szwu niepodany.—Zeszyte jelito nie natychmiast odprowadzono.—Dnia 4 stolec.—Wynik: wyzdrowienie.

5) Dittel (*Wien. med. Wochenschrift* 1878, Nr. 48. *D. Med. Wochenschr.* 1879, p. 483. *Virch. Hirsch. J. Ber.* 1878, pag. 423)—kobieta l. 47 licz.—operowana w październiku 1878.—Wskazanie: Nieprawidłowy odbyt po uwięzgniętéj przepuklinie udowéj prawéj zgorzelinowéj.—Zaciśnięcie jelita niepodane.—Okrwawienie brzegów.—Żadnéj wzmianki o różnicy światła nie ma. — Szew po wpochwieniu górnego odcinka w dolny szew kuśnierski.—Szyto katgutem. — Zeszyte jelito odprowadzono.—W pierwszych dniach wyszło cokolwiek wiatrów między szwami.—Wynik: wyzdrowienie.

6) Billroth (*W. med. Wochenschr.* 1879, Nr. 1. *D. med. Wochenschr.* 1879, p. 574. *Centralbl. f. Chirurgie* 1879, p. 544) — kobieta l. 33 licz. — dzień operacyi niepodany.— Nieprawidłowy odbyt po uwięzgniętéj przepuklinie udowéj prawéj zgorzelinowéj. — Zaciśnięcie jelita niepodane. — Długość wyciętego kawałka niepodana. Okrwawienie owrzodziałych brzegów wraz z kawałkiem śródjelicia. — Fałda podłużna przy górnym odcinku jak u sukien kobiecych. — Szwu nie podano. —Materjał do szwu niepodany. — Zeszyte jelito odprowadzono.—3 dnia stolec —Wynik: wyzdrowienie.

7) Billroth (*Langenbecks Arch.* XXIV, 3, podany przez Wittelshöfera, a wspomniany przez Billrotha na 8 Zjeździe chirurgów 1879)—mężczyzna l. 16 —operowany 3 maja 1879.— Wskazanie: Nieprawidłowy odbyt po uwięzgniętéj przepuklinie udowéj prawéj zgorzelinowéj.—Zaciśnięcie palcami asystenta.—Długość wyciętego kawałka górą 1,5, dołem 30 cm.— Mechaniczne naciąganie dolnego węższego końca.—Po wgłobieniu brzegów szwy przechodzące błonę mięśniową i surowiczą.—Jedwab antyseptyczny.—Szwy liczne.—Zeszyte jelito odprowadzono.—4 dnia obfity stolec.—Wynik: Wyzdrowienie.

8) Billroth (*W. med Wochenschr.* 1881, Nr. 3, podany przez Wittelshöfera) — mężczyzna, wiek niepodany—operowany 23 czerwca 1880.—Wskazanie: Nieprawidłowy odbyt po zgorzeli uwięzgniętéj przepukliny pachwinowéj prawéj.— Jelito wyciągnięto. Sposobu uciśnięcia nie podano.—Długość wyciętego jelita z każdéj strony 1½ cm. — Nie wspomniano o różnicy światła.—Szwy przechodzące przez błonę mięśniową i surowiczą. — Szyto jedwabiem antyseptycznym. — Ilość szwów: 17. — Odprowadzono sączek do jamy brzusznéj. — 5 dnia obfity stolec.—Wynik: wyzdrowienie.

9) Weinlechner (*Wien. med. Wochenschr.* Nr. 3 przypisek) — kobieta lat około 50 licz. — dzień operacyi nie niepodany.—Wskazanie: Nieprawidłowy odbyt po uwięzgniętéj przepuklinie udowéj prawéj zgorzelinowéj.—Sposobu uciśnięcia nie podano. — Długość wyciętego kawałka niepodana.— Wyrównanie różnicy światła niepodane. — Szwu nie podano. — Materjału do szwu nie podano. —Ilość szwów niepodana.—Wynik: wyzdrowienie.

10) Esmarch (*Verh. d. deut. Gesellschaft f. Chir.* VIII Congress 1879)—rodzaj i wiek niepodany.—Dzień operacyi niepodany.—Wskazanie: Przetoka jelita w przepuklinie mosznowéj.—Długość wyciętego kawałka 5 cm.—Zeszyte jelito odprowadzono. — Dnia 6go zapalenie otrzewny. —Wynik: †. Przedziurawienie przy osadzie śródjelicia.

11) Schönborn (*D. Z. f. Chir.* XIII pag. 410 opisany przez Lievina i Falksona)—mężczyzna l. 58 licz.—operowany 1878/79.—Wskazanie: odbyt nieprawidłowy okrężnicy zstępującéj po lewéj stronie.—Dnia następnego wymioty kałowe, dnia 3go otworzono ranę i jelito.—Wynik: † czwartego dnia. Brak zapalenia otrzewny.

12) Thiersch (*Berl. kl. Wochenschr.* 1881, Nr. 8 podany przez Graefego)—mężczyzna l. 30 licz.—operowany 23 listopada 1880 r.—Wskazanie: Odbyt nieprawidłowy po zgorzeli uwięzgniętéj przepukliny pachwinowéj lewéj. —Założono 10 cm. od końca kleszczyki polipowe, pokryte czystemi rurkami gumowemi; zamknięto je przez owinięcie drutem.— Długość wyciętego kawałka 6 cm. z doprowadzającego, 4 z odprowadzającego jelita, klin śródjelicia wycięto. —Żadnéj różnicy światła nie było. — Dwurzędowy szew węzełkowy zmieniony przez Kochera na sposób Lemberta.—Szyto jedwabiem.—Ilość szwów 30.—Zeszyte jelito odprowadzono.—Przebieg aseptyczny, od 2 dnia kolki, 3 dnia wiatry, 9 dnia stolec.—Wynik: wyzdrowienie, wypuszczony z paskiem przepuklinowym.

13) Baum (*Berl. klin. Woch.* 1871, Nr. 20) — kobieta l. 48 licz.—operowana 21 grudnia 1880.—Wskazanie: odbyt nieprawidłowy po zgorzeli uwięzgniętéj przepukliny udowéj prawéj.—Chwilowe zaciśnienie otworu jelita wielką *pince á crémaillère*, późniéj przy szyciu palcami asystenta. —Długość wyciętego kawałka 5½ cm. z wklęsłego, 11 cm. z wypukłego brzegu. Śródjelicie wycięte na sposób Kochera. — Szew jelitowy Czernego.—Szyto jedwabiem. — Ilość szwów niepo

dana. — Zeszyte jelito odprowadzono. — Przebieg aseptyczny, dnia 2 wiatry, dnia 4 stolec. Powikłanie z zapaleniem gruczołu przyusznego.—Wynik: wyzdrowienie, wypuszczony z paskiem przepuklinowym.

14) Rydygier (Przegląd Lekarski 1881. *(D. Z. f. Chir.* XV 3 i 4 zeszyt)—mężczyzna l. 46 licz.—operowany 15 lutego 1881.—Wskazanie: Nieprawidłowy odbyt powstały po uderzeniu w prawą okolicę pachwinową.—Zaciśnięcie elastycznemi uciskadłami Rydygiera. — Długość wyciętego kawałka 4 cm. z wklęsłego, 6 cm. z wypukłego brzegu. Śródjelicie odłączono od jelita między podwiązkami.—Żadnéj różnicy światła nie było. — Szew jelitowy Czernego. — Szyto katgutem. — Ilość szwów 40. — Zeszyte jelito odprowadzono. — Przebieg aseptyczny. Dnia 2 wiatry, dnia 8 stolec. Powikłanie z zapaleniem płuc.—Wynik: wyzdrowienie, późniéj pasek przepuklinowy założono.

15) Albert *(Wien. med. Presse* 1881, Nr. 17 i 19. *Centr. f. Chir.* 1881, Nr. 28)—mężczyzna lat 33 licz.—operowany w marcu 1881. —Wskazanie: 2 przetoki kałowe.—Długość wyciętego kawałka 5 cm.—W doprowadzającym odcinku zrobiono fałdę podłużną.—Szwy wewnętrzne nieco od siebie oddalone całą grubość jelita obejmujące, szwy jedwabne; zewnętrzne tylko przez surowiczą błonę przechodzące szwy katgutowe. —Zeszyte jelito odprowadzono. — Dnia 15 utworzyła się przetoka kałowa, późniéj jeszcze dwie inne; wszystkie niezadługo zamknęły się same przez się.—Wynik: wyzdrowienie.

16) Schinzinger (*Wien. med. Wochenschr.* 1881, Nr. 37) kobieta lat 46 licz.—operowana 16 kwietnia 1881.—Wskazanie: Odbyt nieprawidłowy po prawéj stronie. — Zaciśnienie jelita palcami asystenta.—Długość wyciętego kawałka 5 cm.— Wyrównanie różnicy światła przez wszycie. — Szew Lemberta.—6 szwów jedwabiem karbolizowanym. 6 katgutem i 4 szwy katgutowe w śródjeliciu. — Zeszyte jelito odprowadzono.—1 raz wymioty, znaczne osłabienie.—Wynik: † w skutek upadku sił. Zupełne zlepienie zeszytego miejsca.

17) Schinzinger (tamże)—kobieta lat 37 licz.—operowana 10 czerwca 1881. — Wskazanie: Przetoka kałowa w prawéj okolicy pachwinowéj. — Chwilowo zaciśnięto cienkiemi kauczukowemi rurkami i w odpowiednim położeniu dla szwu i dla cięcia palcami asystenta trzymano.—Długość wyciętego kawałka 6,5 cm.—Wyrównanie różnicy światła przez wszycie.—Szyto katgutem.—Ilość szwów 12.—Zeszyte jelito odprowadzono.—3 dnia wiatry, 13 dnia stolec.—Wynik: wyzdrowienie.

18) Weiss (łaskawe doniesienie kol Dra Michla z Pragi)—kobieta lat 23 licz.—operowana 15 lipca 1880.—Wskazanie: Odbyt nieprawidłowy po zgorzeli uwięzgniętéj lewéj przepukliny udowéj.—Lekkie zawiązanie jelit.—Długość wyciętego kawałka od każdego odcinka 2 cm. — Wpochwienie górnego odcinka w dolny; zeszycie szwami Lemberta.—Szyto cienkim karbolizowanym jedwabiem. — Ilość szwów 20.— Zeszyte jelito odprowadzono. — Odbijanie, wzdęcie —Wynik: † 4 dnia po operacyi na zapalenie otrzewny z przedziurawienia. (Dok. nast.)

V. Rzadki przypadek obrażenia śmiertelnego.

Podał Dr. **Kwieciński** w Oświęcimie.

Dwunastoletnia dziewczyna według opowiadania jéj ojca, schodząc ze strychu z nożem, stale w trzonku osadzonym, spadła u ostatniego schodu, wbiła sobie nóż w szyję i w chwilę potém żyć przestała. Sąd zarządził sekcyję zwłok. Badanie wykazało: Na lewéj połowie szyi tuż nad obojczykiem na szerokość 2 palców od linii środkowéj rana owalna 2·5 cm. długa, niecałe 2 cm. szeroka o brzegach gładkich; oś dłuższa owalu przebiega od góry— wewnątrz ku dołowi— zewnątrz. Po odpreparowaniu skóry pokazuje się obojczyk tuż około mostka gładko i ukośnie przecięty. Dalsze preparowanie wykazało: 1) cięcie w żyle bezimiennéj lewéj blizko jéj brzegu górnego w miejscu, gdzie wpada do niéj żyła tarczykowa, prawie równoległe do jéj osi, 1·5 cm. długie, i 2) cięcie nieco krótsze w leżącéj pod nią tętnicy bezimiennéj, również równoległe do osi téjże, prawie w środku grubości. Na powierzchni tylnéj przypada tylko górna połowa tego cięcia na tętnicę bezimienną, dolna połowa na sam łuk aorty. Dalszy ciąg rany śledzić można tuż koło nietkniętéj tchawicy i gardziela aż blizko do kręgów. Największa szerokość noża dosyć ostrego i silnego wynosiła 3 cm. Dziewczyna miała jeszcze tyle siły i przytomności, że sama go sobie wyjęła z rany.

VI. Oceny i sprawozdania.

Buchner: **Skutki dwoinek w ustroju żywym.**

Wywiązując się ze zadania przyjętego w nrze 40ym „Przeglądu", poczynam od rozprawy, wyrażonéj w nagłówku. Przedmiot jéj bowiem dla wszystkich czytelników równie zajmujący, a stanowisko, z którego autor rzecz traktuje, najogólniejsze. Trudność cała dla sprawozdawcy polega w tém, że, unikając za wielkich rozmiarów artykułu, musi pominąć milczeniem nie jedno zagadnienie, rozbierane przez autora, w tém zaś, co podaje, nie chcąc być ciemnym, nie może się streścić, jakby pragnął. Uwzględniwszy trudności powyższe, czytelnik niech raczy posłuchać tych części wykładu, które mi się wydają najbardziéj godnemi uwagi.

Wpływ przyrzutów, szkodliwy ustrojowi zwierzęcemu, składa się z zakażenia (*infectio*) i zatrucia (*intoxicatio*). Pierwsze jest skutkiem działania rozmnożonych dwoinek na tkanki ustroju, ostatnie wynikiem działania produktów rozkładu, przez nie sprawionego. Produkty te bowiem zachowują się względem ustrojów zwierzęcych jak zwykłe trucizny. Widzimy to na ciałach chemicznych, które wynikły z rozkładu związków więcéj złożonych w skutek procesu, zwanego gniciem (p. Przegląd nr. 26—27). Ciała takie, wprowadzone do ustroju zwierzęcego w większéj ilości, sprawiają objawy zatrucia.

Różnica w objawach chorób zakaźnych polega głównie na różném ich umiejscowieniu, to zaś wynika z odmiennych warunków, jakich różne rodzaje dwoinek potrzebują do swego rozwoju. Że tak jest, wskazuje następny wywód. Dwoinki, dostawszy się raz do obiegu krwi, muszą się rozchodzić po wszystkich tkankach i narządach, to rzecz jasna. Zachodzi więc pytanie, czy wszystkie składniki ustroju zachowują się względem nich jednako, lub też przeciwnie mamy powody do przypuszczenia, że zachowanie ich jest różne. W odpowiedzi na tak sformułowane zagadnienie wyznać należy, że wpływ tkanek ustrojowych na dwoinki jest nam w ogóle nieznany. Czy on atoli jest przywiązanym do spraw czysto chemicznych, lub też i do innych czynności fizyjologicznych, właściwych tkankom, możemy już dziś ku-

sić się o odpowiedź na zasadzie stwierdzonych dotąd faktów. Otóż co do pierwszego, doświadczenia, czynione zewnątrz ustroju, wskazują, że w krwi tętniczéj odwłókuionéj zasiany prątek cienki (*baccillus subtilis*), zwany także siennym dla swego pochodzenia (*Heubacterie*), rozwija się doskonale, gdy dwoinka wałeczkowa, zwana dla swych skutków gnilną (*bacterium termo*), która jest we krwi zawsze obecną (dostaje się tam przez oddechanie), nie rozwija się wcale przynajmniéj w ciągu pierwszéj doby. Zdolność do mnożenia się w płynie wymienionym pierwszego rodzaju dwoinek zdaje się stać w związku z korzystnym na nie wpływem tlenu. Podobnież tylko tą samą okolicznością da się wytłumaczyć zjawisko, że prątki wąglikowe (*baccillus anthracis*) napotkać można tylko we krwi zwierząt chorych, nigdy zaś w tkankach, pozbawionych tlenu. Co do drugiéj części pytania, istnieją fakta, które wskazują, że wpływ tkanek na dwoinki nie polega jedynie na oddziaływaniu chemicznem, lecz że istnieje jeszcze inny ważny czynnik. Widzimy to na przerzeczonych już prątkach siennych i wąglikowych, a mianowicie na różnicy ich zachowania się w téj saméj cieczy wewnątrz a zewnątrz ustroju. I tak prątki sienne mają zewnątrz ustroju w każdym względzie chemicznym przewagę nad wąglikowemi i znoszą w równych warunkach więcéj kwasu i więcéj alkali, wytrzymują lepiéj wpływ ciał dwoinkom szkodliwych, mnożą się raźniéj w tych samych pożywkach sztucznych, potrafią przyswajać połączenia chemiczne, nieprzydatne prątkom wąglikowym do odżywiania, wreszcie okazują nieskończenie większą wytrwałość na gorąco, i w téj mierze przewyższają wszelkie znane ustroje (jak wiadomo, mogą bez szwanku przebywać kilka godzin w kipiątku). Mimo takich przymiotów mają wewnątrz ustroju wyższość nad niemi prątki wąglikowe. Te bowiem, straciwszy w skutek wielokrotnych hodowli w wyciągu mięsnym i peptonowym wiele ze swéj dzielności zakaźnéj, odzyskują takową w całéj pełni, jeśli zaszczepione zwierzęciu mogą zamiast zewnątrz ustroju rozmnożyć się wewnątrz niego. Świeże zaś prątki sienne przeciwnie nie chcą się mnożyć w ustroju żywym a natomiast plodzą się dobrze zewnątrz niego w krwi odwłóknionéj, jeśli takowa własności swe tętnicze, czyli zapas tlenu, zachowa, ile możności długo przez ciągły ruch w powietrzu. Z faktów powyższych słusznie się godzi wnioskować, że o losie dwoinek, które się dostały do ustroju zwierzęcego, rozstrzygają nie same warunki chemiczne, lecz i takie, które są przywiązane do fizyjologicznych własności tkanek.

Niedość atoli na tém. Rzeczą bowiem jest wielce prawdopodobną, że różne tkanki i narządy w ustroju zwierzęcym odmiennie się zachowują względem tego samego rodzaju dwoinek. Wskazuje na to już sama różnica w czynnościach ich, a ztąd we właściwościach fizyjologicznych. Przemawia za tém także różna skłonność, jaką osobniki jednego rodzaju okazują do rozmnażania dwoinek jednakowych i fakt świadczący, że w téj sprawie najdelikatniejsze różnice mają rozstrzygające znaczenie. Niepodobna bowiem przypuścić, aby u dwóch osobników prawidłowych, z których jeden ma wielką skłonność do pewnéj choroby zakaźnéj, drugi zaś jest całkiem jéj nieprzystępnym, tkanki i narządy ich jednorodne więcéj się od siebie różniły, niż różnorodne tkanki i narządy tego samego osobnika. Jeżeli więc dwoinki chorobowe weisną się do ustroju, to los ich będzie różnym w miarę tego, gdzie się dostaną. W regule niektóre tylko narządy, lub nawet jeden narząd wyłącznie, albo zgoła pewne tylko części jego dozwolą im się osiedlić, w innych zaś zginą podobnie jak w osobniku dla nich nieprzystępnym. Tkanka lub narząd, które z przyczyny swego usposobienia dozwoliły się dwoinkom mnożyć, poczną oczywiście cierpieć z tego powodu, obraz zaś chorobowy będzie różnym w miarę tego, czy siedzibą złogów są jelita, a zarazem może części układu nerwowego, lub czy nie są pewne warstwy skóry, albo wreszcie nerki i części układu chłoniczego. Narządy, zajęte przez dwoinki, stoją w związku z resztą ustroju, wyrazem tego stosunku są więc czynności fizyjologiczno-patologiczne, które nazywamy chorobą. Jeżeli ta jest cięższą, to w późniejszych jéj okresach umiejscowienie złogów nie pozostanie już tak wyraźném jak w początku, gdyż tak dwoinki jak i produkty rozkładu, przez nie sprawionego, dostają się ciągle ze swéj pierwotnéj siedziby do ogólnego obiegu krwi. Ztąd zaś, jeśli krążą w obfitéj ilości, mogą się zagnieździć w narządach mniéj korzystnych dla swego rozwoju. Właściwości bowiem, na których napastnikom pierwotnie zbywało, potrzebne kwoli zastosowania się do mniéj korzystnych warunków bytu, mogą być do pewnego stopnia zastąpionemi przez wielką ilość napastników. Obraz chorobowy może naturalnie przez to stać się ogólniejszym: nabrać cechy zatrucia krwi. W takim razie właściwe umiejscowienie przyrzutu traci oczywiście na znaczeniu; wtedy atoli zmienia się także obraz kliniczny choroby. *Dr. Różański. (Lwów).*

(Ciąg dalszy nastąpi..

Dr. Fischl: **O niektórych przyczynach przemijającego białkomoczu.**

Znane są przypadki mniéj lub więcéj szybko przemijającego białkomoczu (*albuminuria transitoria*), który, jak to wykazuje dokładne badanie i dalszy przebieg, nie może zależeć od jakiéjś zmiany chorobowéj nerek, gdyż nie tylko brak objawów puchliny ale także i innych składników nieprawidłowych w moczu, na obecności których opiera się rozpoznanie cierpienia nerkowego. Białkomocz ten przemija u niektórych chorych tak szybko (czasem nawet w ciągu paru godzin), że i z téj przyczyny nie można w tych razach myśleć o głębszych zmianach nerek; z resztą w przypadkach tych częstokroć zachodzą stosunki, które tłumaczą bardzo dobrze pojawianie się białka w moczu bez przypuszczania zmiany zapalnéj w nerkach. Że pojawianie się białka w moczu nie zawsze polega na materyjalnych zmianach w nerkach, nietajném było już i dawnym lekarzom. Wspominają o tém np. Bright, Spittal, Darwal i inni. O białkomoczu występującym w chorobach opłucny, osierdzia lub płuc mówi Désir, Solon, w ostrych osutkach Abeille, Longet, Bernard, Fischer i w. i. w chorobach mózgu i opon mózgowych, Becquerel w przypadkach duszności, ogólnych chorób gorączkowych i t. p.

Rayer i Höfle wykazali już, że białko w moczu może pochodzić skutkiem domieszki krwi, ropy i t. p. do moczu. Na ostre leki moczopędne, jako przyczynę powyższéj nieprawidłowości, zwrócili uwagę Fränkel i Ravoth, oraz Valentiner. Inni dowiedli, iż białkomocz odnieść należy w wielu razach do miejscowych zakłóceń w krążeniu, spożycia pewnych pokarmów, trucizn i t. d. Przypomnieć tu należy również liczne przypadki prostego, bezgorączkowego nieżytu kiszek, w których jużto objawy lekkiego zapalenia nerek, już też prosty spostrzegamy białkomocz.

Również i Fischl opisuje niektóre przypadki białkomoczu u chorych, u których podobnież nie można przypuszczać organicznéj zmiany w nerkach.

Mianowicie u osobników, podlegających jakiemuś bolesnemu cierpieniu narządów brzusznych, wykazał on częstokroć, w krótce po napadzie bólów, białko w moczu; w takich razach jednakże napad winien być bardzo silny i dłużéj trwający. Że jednakowoż potrzebne jest bardzo wczesne badanie, dowodzi okoliczność, że niekiedy już w kilka godzin po napadzie mocz zawierał zaledwie ślady białka, albo też nie zawierał go już wcale, aczkolwiek krótko przedtém zawierał go w dość wielkiéj ilości. Jestto zatém niekiedy objaw nader szybko przemijający, podczas gdy w innych przypadkach białkomocz w ten sposób powstały utrzymuje się czas dłuższy, chociaż w niższym stopniu. Autor uważał przypadki, w których wydzielanie białka trwało przez dwa do trzech tygodni.

Co się tyczy ilości białka zdarzaią się chorzy, u których wykazać można lekkie tylko, jednak wcale wyraźne zmętnienie, u innych zaś znajdują się takie ilości białka, że większa część moczu krzepnie. Autor do badania używał za każdym razem przynajmniéj dwóch metod, najczęściéj badał za pomocą kwasu azotowego i przez zagotowanie, niekiedy używał także kwasu octowego i żelasinku potasu, mianowicie gdy się rozchodziło o wykazanie nader małych ilości białka.

U wszystkich chorych ilość moczu podczas napadu i przez pewien czas po napadzie bywała znacznie zmniejszoną. Po większéj części chorzy przez kilka, a nawet kilkanaście, godzin i dłużéj nie oddawali wcale moczu, poczém oddawali go w bardzo małéj ilości.

Ciężar gatunkowy zachowywał się tak różnie, że trudno coś powiedzieć o jego stosunku do pojawiającego się białka.

Z nieprawidłowych składników wcale nierzadko wykazać było można przybłonki kanalików moczowych, wyjątkowo zaś wałeczki szkliste, które same przez się bynajmniéj nie przemawiają jeszcze dowodnie za istnieniem zmiany zapalnéj w nerkach.

U wszystkich chorych wybitném było podczas napadu mniéj lub więcéj znaczne obniżenie ciepłoty części obwodowych, oraz owa znana zmiana w tętnie i w rysach twarzy, należąca do zwykłych objawów towarzyszących znacznym bólom brzusznym.

Zdaniem Fischla zdaje się to być rzeczą obojętną, jakie zmiany patologiczne wywołują owe napady; istotną i konieczną dla powstania białkomoczu przyczyną jest w tych razach pewnego stopnia zapad *(collapsus)* a niekiedy i pewne usposobienie osobnicze. Z 3 chorych z rakiem żołądka Fischl u jednego tylko znajdował po każdym napadzie bólów żołądkowych białko w moczu. W przypadkach kamyków żółciowych oraz moczowych można także niekiedy podczas bolesnych napadów wykazać białko w moczu. Zdarza się to również w przypadkach silnych bólów żołądkowych przyrody nerwowéj oraz gwałtownego morzyska.

We wszystkich tych przypadkach zapad jest istotną przyczyną białkomoczu. Tłumaczy się to teoryją Runeberga, według którego przepełnione podczas zapadu żyły nerkowe przyczyniają się do obniżenia ucisku w naczyniach Malpighiego; żyły te w piramidach uciskając cewki odprowadzające kanalików moczowych przeszkadzają swobodnemu odpływowi wydzieliny, przez co podwyższa się ucisk w kanalikach moczowych. (*Arch. f. klin. Med. XXIX. 3*).

St. Sm.

Dr. Thomayer: **Padaczka kiłowa.**

Wykazanie, że kiła mózgowa może wywołać padaczkę, jest zasługą przeważnie lekarzy francuskich i angielskich. Dopóki niewiadomém było, że zadrażnienie kory mózgowéj, mianowicie środkowych zwojów, może wywołać kurcze padaczkowe, nie można było zrozumieć należycie napadów padaczkowych, tak często w przebiegu kiły się pojawiających. Dwa takie przypadki postrzegane w klinice prof. Eiselta opisuje Dr. Thomayer. Pierwszy przypadek dotyczył mężczyzny 40-letniego, który przed 20 laty miał na prąciu wrzód kiłowy i leczony był wcieraniami szaréj maści. Na kilka tygodni przed przyjęciem do kliniki cierpiał silne bóle głowy, wzmagające się w nocy. Przed 9 dniami krając chleb po raz pierwszy uczuł kurcz w lewéj ręce, poczém wkrótce wystąpiły trzykrotne napady kurczów klonicznych, zwłaszcza po stronie lewéj ciała. Nazajutrz po przyjęciu do kliniki chory dostał napadu epileptycznego trwającego bez przerwy blisko sześć godzin. Chory przy tém leżał na wznak, z głową przechyloną ku stronie lewéj. Gałki oczne zwrócone ku górze i stronie lewéj, źrenice miernie rozszerzone; za dotknięciem rogówki nastaje odruchowe zwarcie powiek. Usta zaciśnięte, nie pokryte pianą. Prawy policzek spokojny, po stronie zaś lewéj rytmiczne drgawki wszystkich mięśni zaopatrzonych odpowiednim nerwem twarzowym. Oddech spokojny. Prawa odnoga górna zachowuje się prawidłowo, na lewéj zaś kurcze kloniczne wszystkich mięśni. Takież kurcze były po stronie lewéj piersi, brzucha i na odnodze dolnéj lewéj. Prawa połowa ciała zupełnie spokojna. Po trzech godzinach kurcze pojawiały się częściowo i po stronie prawéj. Skóra pokryta kwaśnym potem, twarz sina, tętno nieco przyspieszone, dość pełne. Świadomość, początkowo zupełnie utracona, po dwóch godzinach wróciła jeszcze podczas napadu.

Nazajutrz po napadzie stan był następujący: Mierny niedowład mięśni lewego policzka, zaopatrzonych dolną gałęzią nerwu twarzowego. Bruzda lewa nosolicowa płytsza niż prawa; język pochyla się ku stronie lewéj, języczek ku prawéj. Lewa odnoga górna niedowładna, w stawie łokciowym mierna kontraktura. Ruchy bierne bardzo bolesne. Czucie prawidłowe. Na podniebieniu miękkiém, mianowicie po stronie lewéj, blizny. Stłumienie sercowe powiększone, nad zastawką dwukończystą pierwszy krótki szmer; w moczu nie było białka. Podawano choremu jodek potasowy. W dalszym przebiegu chory narzekał na rwące boleści w ręce lewéj. Bóle te ustały po zastosowaniu za radą Boudeta na miejsce bolesne wibrującego strojnika (widełek). Po 3 tygodniach chory opuścił klinikę bez objawów nieprawidłowych, a po 4 miesiącach widział go autor zupełnie zdrowym. Rozpoznano zmiany kiłowe w korze mózgowéj.

Drugi przypadek przedstawiał się zupełnie inaczéj. Mężczyzna 57-letni przed 4 miesiącami cierpiał na zapalenie obydwóch nerwów wzrokowych, późniéj narzekał na częste bóle głowy, zwłaszcza w nocy. Na dwa dni przed przyjęciem do kliniki dostał napadu kurczów z utraceniem świadomości. W klinice zauważono napady kurczów silnych z przestankami kilku do kilkunastu minutowemi. Zupełny brak przytomności. Każdy napad rozpoczyna się od wykrzyku, poczém chory zatacza głowę ku stronie prawéj i dostaje kurczów wszystkich mięśni dowolnych. Najprzód pojawiają się tylko drgania włókienkowe zwłaszcza na odnogach górnych, późniéj zaś kurcze stają się coraz gwałtowniejszemi i tyczą się wszystkich mięśni. Twarz przytém sina, źrenice rozsze-

rzone, spojówki nastrzykane. Obfite ślinienie. Skóra pokryta potem obojętnie oddziaływającym. Każdy napad trwał około 2 minut. W przestankach świadomość częściowo wracała. Ślady przebytéj kiły w postaci blizn tak na prąciu, jako i na skórze. W ciągu pierwszego dnia chory przebył 56 napadów epileptycznych, drugiego zaś 101. Trzeciego dnia śmierć. Rozpoznanie kliniczne opiewało: *Syphiloma cerebri, Status epilepticus.* Badanie pośmiertne wykazało: *Pachymeningitis, meningitis, encephalitis superficialis lobi anterioris sinistri syphilitica, cicatrices syphilit. pulmonis dextri et hepatis. Atrophia test., blennorrhoea bronchorum, oedema pulmonum acutum.*

Autor zwraca uwagę, że przypadek ten prostuje mylne zdanie Fourniera, jakoby napady epileptyczne przyrody kiłowéj nigdy się nie rozpoczynały od wykrzyku.

(Časopis lékařův českých Nr. 40 i 41. 1881).

Dr. Smolcński.

Stosunek kiły do uwiądu rdzeniowego.

(Dokończenie. Patrz Nr. 42).

Reasumując, cośmy dotąd przywiedli, widzimy naprzód co do statystyki, że jeśli weźmiemy na uwagę tylko te przypadki uwiądu, podane przez niemieckich autorów, w których poprzedzały objawy kiły ogólne, to u Erba przedstawiają one 52% chorych uwiądowych, u Bernhardta 22%, u Remaka 21%, u Bergera i Gesenius po 20%, u Fischera 15%, wreszcie u Westphala 14%. Z liczb powyższych widocznem jest, że różnica ich polega na odmienności warstw społecznych, z których autorowie czerpali materyjał do swéj statystyki, i na różnych ich siedzibach. Uderzającą jest w téj mierze różnica między datami Eulenberga z Greifswaldu a autorami paryzkimi. Na każdy sposób statystyka nie rozstrzyga sprawy, o któréj rzecz, ani na jednę ani na drugą stronę. Również wyniki leczenia swoistego nie dowodzą istnienia uwiądu kiłowego. Należy bowiem pamiętać, że w przeważnéj części przypadków uwiądu zadaje się jodek potasu, jeśli nie jako lek przeciwkiłowy to jako środek rozdzielający *(resorbens)*, a uwiądy rozwijają się swoją drogą. Daléj baczyć należy, że przypadki uwiądu, uznanego za kiłowy, w których środki rtęciowe sprawić miały polepszenie, równoważą się z sumą innych przypadków, w których leczenie swoiste nie pomogło lub nawet zaszkodziło widocznie. Wreszcie nie należy spuszczać z uwagi i dobrowolnych dłuższych zwolnień w przebiegu uwiądu, które każą przyjmować z niedowierzaniem pozorne skutki lecznicze.

Jeśli już wyniki statystyki i terapii czynią nieprawdopodobnem istnienie uwiądu kiłowego, to anatomija patologiczna dorzuca do nich jeszcze swe wątpliwości. Takowe rozwinął w sposób interesujący Juillard *(Etude critique sur les localisations spinales de la syphilis.* Paris, 1879). Badacz ten stwierdza, że zmiany kiłowe w rdzeniu pacierzowym okazują największe podobieństwo do takichże zmian w mózgu: równie tu jak tam choroba nagabuje kości, opony i tkankę nerwową. Nacieki kiłowe opon z następowem stwardnieniem lub rozmiękczeniem gumiakowem są częste i sprawiają zrośnięcie opon ze sobą lub z tkanką nerwową. Zmiany saméj tkanki nerwowéj rdzenia są w ogóle rzadkie: wszystkich znanych przypadków jest tylko 5, i żaden z nich nie jest bez zarzutu. Zmiany te przedstawiają rozmiękczenie albo stwardnienie, i zajmują głównie części rdzenia obwodowe. Topografija zmian jest dla kiły cechującą: takowe bowiem dotykają głównie układu chłonicznego to jest opon, osnowy nerwowéj (*neuroglia*) i błony zewnętrznéj naczyń *(adventitia).* Są więc rozlane a nie ograniczone do pewnego układu. Okoliczność powyższa, to jest że kiła sprawia w rdzeniu zawsze zmiany rozlane w przeciwieństwie do innych chorób, które zajmują tylko pewien układ w ustroju, jest w całéj nauce o kile rdzeniowéj najlepiéj ugruntowaną. Dla tego należy u osób kiłowych uważać zmiany w rdzeniu, ograniczone do pewnego układu, za powikłanie kiły, a nie za jedno z jéj umiejscowień. Ztąd też uwiąd rdzenia jako stwardnienie tylnych jego powrózków nie może być skutkiem bezpośrednim kiły. W dalszym ciągu J. przytacza kilku autorów, którzy już przed nim zbijali twierdzenia Fourniera pomiędzy innymi Cornila (*Leçons sur la syphilis.* Paris 1879. p. 365), i przytacza Broadbenta, który już w r. 1874 mniemał, że „do właściwości kiły wcale nie należy ograniczanie swych złogów do tego lub owego układu czynnościowego w ustroju“. J. atoli sam nie chce odrzucać bezwarunkowo wszelkich stosunków między kiłą a zmianą rdzenia, którą zwie *ataxie locomotrice*, najprzód dla tego, że w ostatniéj zajęty bywa nietylko rdzeń lecz i mózg tudzież nerwy z mózgu wychodzące, takowa jest więc raczéj chorobą całego układu nerwowego niż rdzenia. Potem, że zdarzają się przypadki tego cierpienia, gdzie nietylko są zajęte tylne powrózki lecz i błony mózgowe, tudzież układy sąsiednie: przypadki, w których choroba naczyń odgrywa rolę. Rzeczą jest więc możliwą, że są dwie formy bezładu w czynnościach nerwowych jedna ściśle układowa czyli właściwa, druga rozlana albo kiłowa. Rozwiązania tego pytania J. oczekuje od przyszłych badań anatomiczno-patologicznych *(Viertelj. f. Derm. u. Syph. 1881).* *Dr. Różański.*

Wiadomości pomniejsze.

(A. K.) **Pasteur z uczniami zaszczepił 30,000 owiec złagodzoną limfą wąglikową.** Prefekt departamentu Sekwany zaproponował Pasteurowi założenie fabryki téj limfy, lecz badacz ten uchylił tę propozycyję, chcąc rozjaśnić poprzednio niektóre szczegóły naukowe. Szczepienie będzie wynosić 5 centymów od sztuki bydła. Pasteur przedsiębierze studyja nad przyrzutem żółtéj febry i w tym celu udał się do Bordeaux, gdzie jest osobny szpital cierpiących na tę chorobę zakaźną. (*La Republique française* 16 IX).

(?) Najnowsze poszukiwania Cornila potwierdzają w zupełności zdanie Hansena, że u chorych dotkniętych trądem w różnych narządach wykazać można bakteryje i prątki. W największéj ilości znajdował je C. w guzach trądowych, w mniejszéj w wątrobie i pniach nerwowych. Zakaźna przyroda trądu zdaje się pozostawać w związku przyczynowym z powyższemi grzybkami, gdyż wstrzykiwanie podskórne środków przeciwpasorzytniczych, np. kwasu karbolowego, według Labbégo, okazało się w téj chorobie skutecznem. Godnem jest także uwagi że Gauchému nie udawało się szczepienie bakteryj trądowych (*Progrès med.* 1881, 15 czerwca).

(?) **O działaniu rtęci na ustrój zwierzęcy.** Doświadczenia Meringa dokonane na kotach, królikach i psach wykazują, że w przypadkach bardzo wybitnego przewlekłego zatrucia rtęciowego nigdy nie cierpią ani skóra ani kości, lecz przedewszystkiem przewód pokarmowy. *Stomatitis ulcerosa*, któréj towarzyszy *foetor ex ore*, jest najważniejszym objawem, wikłającym się dość często

z zapaleniem języka. Ślina wydziela się niekiedy w większéj ilości. Zawsze pojawiają się brak apetytu i biegunka. Późniéj występuje osłabienie serca, poczém zwierzęta giną wśród objawów zapadowych. Podczas zatrucia postrzegać można niekiedy wielką wrażliwość psychiczną i drżenie całego ciała, w rzadkich przypadkach białkomocz.

Sekcyja wykazywała: Krwotoki w mięśniu sercowym, przeponie i błonie śluzowéj męcherza. Wrzody na błonie śluzowéj żołądka i kiszek cienkich; najgłębsze zmiany znajdowały się w kiszce grubéj, gdzie wrzody, usadowione na szczytach fałd, sięgały aż do błony mięsnéj. Przekrwienia wątroby i nerek były dość częste. (*Archiv f. exper. Pathol.* t. 13, str. 86).

(P....i) **Bromek potasu lub sodu w napitku musującym przeciw nudnościom i wymiotom w cierpieniach macicznych.** Dr. Chéron zaleca następujący napitek jako najskuteczniéj uśmierzający wymioty i nudności, nawet w przypadkach zapalenia macicznego w okresie ostrym.

Zapisuje dwa rozczyny:

Nr. I.	*Rp. Kali bicarbonici* . .	2·00
	Aq. communis . . .	60 00
	Kalii bromati . . .	2·00
	M. D. S. Nr. I.	
Nr. II.	*Rp. Acidi citrici*	4·00
	Aq. communis . .	120·00
	Syr. simpl.	40.00
	M. D. S. Nr. II.	

Do próżnéj szklanki daje się łyżeczkę od kawy rozczynu z Nru Igo i łyżkę stołową z rozczynu Nr. II, mięsza się i pije natychmiast, powtarzając tę samą ilość co pół lub co godzina. Przepis powyższy przedstawia maximum dziennéj ilości. (*France medicale* 1881, II 39).

Łuszczyca w skutek zażywania boraksu. Dr. Gowers przytacza dwa przypadki z własnéj praktyki i jeden przypadek z praktyki Dra Spencera, w którym łuszczyca (*psoriasis*) wystąpiła w ciągu zażywania boraksu, ktory zadawano przez dłuższy czas w dawkach od jednego do półtora grama dla usunięcia padaczki. We wszystkich trzech przypadkach łuszczyca ustąpiła rychło po dodaniu arszeniku do boraksu. Gowers przypisuje łuszczycę boraksowi. (*The Lancet* 24 IX, 1881.) *Dr. Bogdanik.*

(K. Gr.) **Chinchinin Mackeya** (*Mackey's quinquinine*). W skutek wysokiéj ceny chininu panowie Mackey i spółka wprowadzili w użycie pod nazwą chinchininu kombinacyję alkaloidów kory chinowéj, o któréj mniemają, że wyrugnje wszelkie droższe przetwory obecnie w praktyce szpitalnéj używane. Co do powierzchownego wyglądu to chinchinin trudno odróżnić od chininu, łatwo rozpuszcza on się w rozcieńczonych kwasach, dając rozczyn przeźroczysty. Posiada on własności przeciwokresowe a okazał się w gorączce i niektórych postaciach nerwobólu prawie równie skuteczny co chinin. (*The Lancet* 1881. II, Nr. 16).

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcyja lekarska Tow. Przyj. Nauk Pozn.

Posiedzenie z dnia 9go września r. b.

Przewodniczący kol. Kaczorowski.

Po przeczytaniu i przyjęciu protokołu z ostatniego posiedzenia zdaje referent sprawę z III Zjazdu lekarzy i przyrodników w Krakowie, a w szczególności mówi o pracach sekcyi wewnętrznéj, zewnętrznéj, medycyny teoretycznéj i publicznéj. Następnie mówi kol. Kaczorowski o użyciu pilokarpinu w krwotokach płucnych.

W ubiegłym tygodniu, mówi prelegent, zachodziły równocześnie u kilku suchotników pod obserwacyją moją zostających znaczne krwotoki płucne. Początek jesieni i schyłek wiosny są to uprzywilejowane pory, w których wzmiankowane krwawienia pojawiać się lubią. Dr. Rohden z Lippspringe już w r. 1870 zwrócił uwagę na ich zależność od niektórych własności powietrzni. Mianowicie zauważył, że nagłe zmiany ciepłoty, nasycenie wodą tudzież ciśnienie powietrza na powstawanie krwotoków płucnych wpływają.

Takie zmiany zachodzą szczególniéj przed i podczas burzy, jeżeli, w obec wielkiego upału oraz wygórowanéj wilgoci w powietrzu, nagle wiatr zawróci i barometr opadnie. Skutkiem nagromadzonéj w powietrzu pary wodnéj tak skóra jakoteż płuca upośledzone bywają w wyziewaniu wody, która wstrzymana w obiegu krwi sprawia, że płuca szybciéj i płyciéj pracują, serce słabiéj się kurczy, zkąd powstaje uczucie pełni i ciśnienia w piersii trafnie więc nasz język takie powietrze zwie „duszném“. Jeżel, wtedy skutkiem nagle od bieguna porwanego prądu powietrze się oziębi, para wodna szybko w niém tężeje, a ciśnienie jéj czyli barometr opada. W takich okolicznościach nie trudno sobie wytłumaczyć, że naczynia znajdujących się w stanie zastoju płuc u ludzi dotkniętych zkądinąd jeszcze przywykłém przekrwieniem pod wpływem nagłego zwolnienia z pod uprzedniego ciśnienia łatwo pękają i mniej lub bardziéj obfite krwotoki płucne na jaw wyprowadzają. Celem sprawdzenia takiego związku przyczynowego pomiędzy krwotokami płucnemi a przerzeczonym stanem powietrzni sekcyja balneologiczna berlińskiego stowarzyszenia lekarskiego niedawno temu wezwała lekarzy do zbiorowego uskuteczniania przy każdym wydarzającym się przypadku krwotoku płucnego następujących notatek: 1) daty, a jeżeli można godziny powstania krwotoku, 2) kierunku wiatru (chorągiewki i biegu obłoków), 3) szybkich zmian ciepłoty — burzy, 4) ciepłoty rannéj, południowéj i wieczornéj oraz stopnia wilgoci. 5) stanu tudzież wahania się barometru, 6) ozonometryi, 7) ogólnych okoliczności. Wartoby, ażebyśmy także podobne zapiski o każdym naszym chorym krwotokiem płucnym dotkniętym robiąc i składając na ręce sekretarza naszego zebrali materyjał mogący się przyczynić do wyświecenia teoryi o patogenezie krwotoków płucnych. Obecnie zaś pragnąłbym wywołać dyskusyję o ważniejszym daleko, bo praktycznym, przedmiocie terapii krwotoków płucnych, ile że najbliższe dnie niezawodnie dostarczą niejednemu z nas sposobności do doświadczenia środków, o których tu mowa będzie. Biorąc inicyjatywę w téj kwestyi nadmieniam z góry, że nie myślę bynajmniéj wyczerpującéj poddawać krytyce wszystkich przeciwko rozmaitym formom krwawienia z płuc zalecanych środków. Ograniczę się jedynie do rozbioru postępowania leczniczego, jakiego najnowsza szkoła obecnie trzymać się zwykła w razach nader obfitych a groźnych krwotoków płucnych u suchotników, (dotkniętych mniéj więcéj rozległemi naciekami i jamami w płucach) nagle bez znaczniejszego wznowienia się sprawy zapalnéj w płucach, śród znośnego ogólnego stanu zdrowia, wybuchających i tak chorego jak otoczenie jego największą grozą napełniających.

Otóż środkami w takich przypadkach powszechnie zalecanemi są:

1) bezwzględny spokój chorego, wstrzymanie się od wszelkiego ruchu, nawet mówienia, wysokie ułożenie górnéj części ciała a zatém i głowy.

Przeciwko takiemu zachowaniu się chorego nakazuje mi doświadczenie moje stanowczo wystąpić, ponieważ uważam je nietylko za wielce uciążliwe dla chorego, ale zupełnie niepotrzebne a nawet poniekąd szkodliwe. Krwotoki płucne występujące w dopieroco określonych warunkach bywają prawie bez wyjątku biernemi, jedyny wyjątek stanowiłyby przypadki nadżarcia tętnicy w jamie rozpadowéj bardzo jeszcze problematyczne, tj. bywają wynikiem zastoju płuc a nie, jak dawniéj twierdzono, zejściem kongestyi czyli fluksyi do schorzałéj części płuc. Jeżeli więc zastój krwi w płucach jest główną podstawą pękania naczyń płucnych, łatwo zrozumieć, że bezwzględne unieruchomienie wszelkich woli podległych mięśni może tylko przyczynić się jeszcze do zwiększenia owego zastoju. Wszak każdy ruch mięśnia sprowadza doń żywszy przypływ krwi, a zatém ruchy raczéj odwodzą skutecznie krew od przepełnionych nią płuc, byleby wykonywane bywały nie nad miarę, ażeby nie nużyć zbytnio serca.

Gorszy wpływ jeszcze wywiera na zastój płuca przestrzegane instynktywnie przez chorych, którym nakazano wcale nie poruszać się i nie mówić głośniéj, płytkie o ile być może oddychanie, gdyż skutkiem unieruchomienia prawie klatki piersiowéj nietylko wypróżnienia się żył płucnych znacznie utrudnione, ale skutkiem niedostatecznego utlenienia się krwi i tak już wątłe ruchy serca bardziéj jeszcze słabnąć winny. Powolne, niemęczące głośne mówienie, skandowanie nawet zaleciłby należało takim chorym, a nie ciche szepty albo nawet rekurs do ołówka, na co ich zwykle skazanych widzimy.

Zresztą i usposobienie moralne chorego, które skutkiem całemi poniekąd tygodniami nałożonéj nań niemej roli, uledz winno wielkiemu pognębieniu, wcale nie jest do lekceważenia. Uważałem, jak zupełnie nowa otucha wstępowała w te biedne wylęknione ofiary, gdy mi się czasem zdarzyło śmiałą zachętą uwolnić ich z długiéj języka i członków uwięzi. Pozwalając chorym ułożyć się wedle upodobania i swobodnie byle bez wysilenia poruszać się i mówić zwyczajnie, nigdy nie widziałem ztąd pogorszenia. Z wielu przykładów przytaczam tu jeden tylko znanego tu powszechnie niegdyś kupca B. suchotnika, który przez 10 lat co wiosna i jesień podlegał bardzo obfitym krwotokom płucnym. Przez pierwsze 5 lat przy zachowaniu bezwzględnego spokoju, przeciągały się krwotoki prawie zawsze do 6 tygodni, od czasu gdym mu zalecił swoją metodę, po 3ch dniach wszystko się uspokajało, chory wstawał i wracał do zajęć swoich. Że wysokie ułożenie głowy osłabionych hemoptyków nie zgadza się z traktowaniem anemii mózgu, nawiasem napomykam.

2) Drugim obecnie ulubionym środkiem w krwotokach płucnych bywają zimne, a nawet lodowe, okłady piersi całéj albo przynajmniéj choréj połowy, z któréj krwotok wychodzi.

I ten przepis uważam za zupełnie pozbawiony wszelkiéj racyi fizyjologicznéj. Gdyby nawet chodziło o krwotok kongestywnéj natury, nikt zapewne łudzić się nie będzie, ażeby oziębianie klatki piersiowéj przeniknąć mogło aż do samego miąższu płuca, a tém mniéj aż do głębszych części jego będących siedliskie mkrwotoku. Jeźli zaś zimno nie dosięgnie płuca aby skurczyć jego naczynia, nietylko chybia zamierzonego celu, ale pod pewnym względem przeciwny nawet sprawiać winno skutek, spędzając bowiem krew z ściany klatki piersiowéj, do któréj stosowaném bywa, zwiększać winno przekrwienie wewnętrznych narządów, a pomiędzy niemi płuc.

Zimne okłady mogłyby mieć jaki sens chyba, gdyby je ograniczono wyłącznie do okolicy sercowéj, gdzie sprowadzając wolniejsze i silniejsze skurcze serca, przyczynić się mogą do uśmierzenia wielkiego niepokoju i trwogi, jaką choremu sprawia sam widok krwi i gwałtowne kołatanie serca, a co ważniejsza jeszcze, popychając z większą energiją krew do tętnicy płucnéj jako *vis a tergo* do zwalniania zastoju, w którym główne krwotoku jest źródło. Chcąc zewnętrzny stosować środek, trafniejszą wydaje mi się rada naszych w sztuce przodków, co zalecali środki wywołujące szybkie przekrwienie skóry np. zanurzenie odnóg w gorącą wodę, pryszczydła. Najpraktyczniejszemi pod tym względem zapewne są gorczyczniki, szczególnie w formie ulubionych papierków Rigollota, o których nikt nie wątpi, że przyłożone od razu w kilku miejscach silną rewulsyję krwi na zewnątrz sprowadzić zdołają. Wszakże konieczną przytém jest przezorność niezostawiania ich dłużéj nad czas, w którym pieczenie skóry odzywać się zaczyna, co zależy od wrażliwości osobniczéj, gdyż silne bóle osłabiająco oddziaływają na serce i zwiększają psychiczny niepokój chorego.

(Dokończenie nastąpi).

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie XI z dnia 1 czerwca 1881 r.

Przewodniczący: kol. doc. Jordan; Członków obecnych 25.

1) Po odczytaniu i przyjęciu protokółu z ostatniego posiedzenia wybrano członkiem czynnym Towarzystwa lek. Dra Walerego Jaworskiego.

2) Kol. Prezes przedstawił na członka honorowego naszego Towarzystwa prof. Dra Henryka Hoyera w Warszawie; wszyscy obecni popierają.

3) Kol. Doc. Pieniążek demonstrował przyrząd elektryczny pomysłu Nitzego-Leitera służący do oświetlania niektórych jam ciała ludzkiego w celach rozpoznawczych. — Kol. prof. Domański zabierając głos w dyskusyi podnosi ujemne strony tego przyrządu, a mianowicie, że jest bardzo skomplikowany i kosztowny, że ustawienie jego wymaga wiele zachodu, że nie nadaje się przeto do podręcznego użycia w ambulatoryjum; nadto obrazy, jakie za pomocą niego otrzymujemy, są niejasne i światłem czerwoném zabarwione. — Kol. Doc. Pieniążek nie podziela tego zapatrywania, jakoby obrazy były niejasne, owszem są one bardzo jasne i dokładne, a tylko te przedstawiają się czerwone, gdzie przedmiot badany, jak np. nagłośnia, jest już z natury czerwony; które zaś są białe, jak np. więzadła, te dają obrazy białe. — Kol. Doc. Obaliński sądzi, że byłoby to z korzyścią dla aparatu, gdyby Leiter zamiast dwojakiego kwasu użył był płynu przy bateryjach grenetowskich. — Kol. Gluziński miał sposobność pracować tym przyrządem u Doc. Dra Ultzmanna we Wiedniu przy badaniu wnętrza pęcherza i doszedł do tego przekonania, że zastósowanie jego może mieć miejsce tylko w celach dyjagnostycznych i to bardzo problematyczne, bo obrazy otrzymane są z tak małéj przestrzeni, że potrzebaby ich bardzo wiele na złożenie pewnego większego obszaru, co jest rzeczą bardzo męczącą tak dla chorego jak i badającego. Nadto zwraca kol. Gluziński jeszcze uwagę na jedną okoliczność, która wprawdzie rzadko ma miejsce, ale z którą trzeba się rachować. Drut platynowy znajdujący się wewnątrz wprowadzonego do pęcherza przyrządu (rodzaj cewnika) pod wpływem ogrzania rozszerza się, nie mogąc zaś w kierunku długości tego uskutecznić, bo jest o dwa stałe punkta oparty, wygina się kabłąkowato i może dotknąć ściany szklanéj cewnika (przez którą wpadają promienie światła do pęcherza), tu się ogrzewa i z otaczającéj go cieczy pęcherza wywiązuje parę, która pokrywa całą ścianę, zakrywa obraz, nastaje zupełna ciemność, którą można znieść tylko przez wyjęcie przyrządu i wyczyszczenie szklanéj ściany. Wydarzyć się także jeszcze może i to co się wydarzyło Ultzmanowi na trupie, t. j. że szklana ściana przyrządu, do któréj drut platynowy rozżarzony dotyka, nie mogąc się szybko jednostajnie ogrzać pęka, a kawałki jéj mogą się dostać do pęcherza. W obec tych przeto niedogodności znaczenie tego przyrządu w celach rozpoznawczych chorób pęcherza jest wątpliwe, w celach zaś operacyjnych przyrząd przerzeczony prawie się użyć niedaje, bo otwór cewnika, który się wkłada do pęcherza, po wsunięciu weń całego aparatu oświetlającego i chłodzącego, systemu soczewek zawartych w cienkiej rurce, dla zwiększenia obrazu, nie pozostawia już miejsca dla wprowadzenia jakiegokolwiek narzędzia dla wykonania zabiegu leczniczego.

4) Kol. Pisek miał odczyt „O torbielach jamy brzusznéj z wyłączeniem torbieli części płciowych“. Dla spóźnionéj pory odłożono dyskusyję do następnego posiedzenia.

Dr. Stanisław Balicki.
Sekretarz.

VIII. Sekcyja okulistyczna międzynarodowego Zjazdu w Londynie

Na drugiém posiedzeniu w dniu 5tym sierpnia miał Snellen rzecz o zapaleniu współczulném i sposobie jego przenoszenia się. Już Mackenzie wypowiedział przypuszczenie o zwrotném działaniu czuciowych gałązek nerwów rzęskowych i o szerzeniu się zapalenia wzdłuż pnia nerwu wzrokowego i chiasma. Pierwsze z tych przypuszczeń zdawało się znajdować potwierdzenie w powstawaniu zapalenia porażnego i zapalenia rogówki w przypadkach półpaśca n. troistego. Atoli Snellen wykazał, że zapalenie porażne jest czysto urażném, a Wyss, że półpasiec jest skutkiem zapalenia kończyn nerwów w związku z postępowém zapaleniem n. troistego. Są powody do przypuszczenia, że zapalenie współczulne jest przerzutem, a przenosi się z jednego oka na drugie nie za pomocą włókien nerwowych, które najczęściéj nie okazują żadnych zmian, lecz za pośrednictwem przestworów

limfatycznych, jak to Mac Gillavry wykazał. Knies znalazł nagromadzenie komórek podobnych do białych ciałek krwi w tkaninie obu pni n. wzrokowego (w przypadku surowiczego, urażnego zapalenia tęczówki). Berlin wypowiedział przypuszczenie, że zapalenie przenosi się za pomocą ustrojów drobnowidowych, a Leber wykazał je w jednym przypadku. Snellen zaś znalazł je w kilku przypadkach współczulnego zapalenia jagodówki, tudzież w kawałku wyciętéj tęczówki. Snellen widział je w nerwie wzrokowym i w naczyniówce, a stwierdził także ich obecność w spojówce podległéj zapaleniu. Wypowiada on przypuszczenie, że swoiste zapalenie naczyniówki, sprowadzające zapalenie współczulne, jest skutkiem urazu, który daje powód do bezpośredniego zetknięcia się jagodówki z zewnętrznemi częściami oka. Zapalenie jagodówki cechuje się znaczném nagromadzeniem komórek podobnych do białych ciałek krwi, rozrzuconych po wszystkich częściach oka, ale nagromadzonych przedewszystkiém w sąsiedztwie otworu źrenicznego obu oczu. Wypocina wytwarzająca się w tęczówce i za nią zatyka przodkowe drogi limfatyczne oka, a tylne drogi limfatyczne rozszerzają się. Ażeby przerzut mógł przyjść do skutku potrzeba dwóch czynników: swoistego urazowego zapalenia naczyniówki i rozszerzenia tylnych dróg limfatycznych. Ta okoliczność tłumaczy wielką różnicę czasu, który upływa przed wystąpieniem cierpienia drugiego oka. (Nigdy krócéj od 3 tygodni, często o wiele dłużéj). Mowca kończy następującemi wnioskami: 1) Teoryja odnosząca cierpienie współczulne do zwrotnego działania nerwowego nie jest dostatecznie dowiedzioną. 2) Cierpienie współczulne zawdzięcza swoje powstawanie swoistemu zapaleniu jagodówki, które według wszelkiego podobieństwa do prawdy jest skutkiem nieprawidłowego zetknięcia się jagodówki z wewnętrznemi tkaninami oka. 3) Zmiany chorobowe naczyń, nagromadzenia komórek podobnych do białych ciałek krwi i ustroje drobnowidowe są oznakami cechującemi, które wskazać nam mogą drogę, którą się zapalenie szerzy. 4) Tą drogą są bardzo do prawdy podobnie przestwory limfatyczne nerwu wzrokowego.

W rozprawie nad tym przedmiotem Mooren objawił przekonanie, że sprawę chorobową przenosi nerw wzrokowy lub nerwy rzęskowe. Sposób szerzenia okazuje cechy zapalenia nerwu w tém znaczeniu, że pierwsza reakcyja zapalna ograniczać się może do jakiéjkolwiek części nerwów wchodzących w skład oka obrażonego. Gdy przeniesienie raz nastąpi wydzieliny wewnętrzne oka drugiego nadają cierpieniu współczulnemu piętno właściwe. Ostatnia atoli przyczyna przeniesienia nie tkwi w nerwach, lecz szukać jéj należy w naczyniach. Doświadczenia mówcy, uskuteczuione razem z Rumpfem, na tęczówce królika wykazały przeciwieństwo, jakie w drodze odruchowéj utrzymuje się między układami naczyniowemi obu oczu. Niedokrewności jednego z nich towarzyszy przekrwienie drugiego i na odwrót. Gdy zapalenie, które swój początek w tém działaniu zwrotném bierze, rozpocznie się na drugiém oku, szkodliwy wpływ limfy czuć się daje włókienkom osiowym nerwów, które pęcznieją i rozpadają się (Rumpf i Kuhnt). Wynika z tego, że ostateczna przyczyna wszelkiego zaburzenia współczulnego podlega tym samym prawidłom, od których zawisło szerzenie się zapalenia nerwu. Zniszczenie włókienek osiowych, skutkiem działania zastoju limfy, jest nieodzownym czynnikiem tych uwagi godnych zjawisk. Zapalenie współczulne nie przybiera nigdy cech zapalenia naczyń limfatycznych z wyjątkiem przypadków, w których rana oka zadaną została narzędziem zanieczyszczoném istotami gnilnemi. Te ostatnie działają wprost na naczynia limfatyczne i wywołują następnie taki sam rozkład włókienek osiowych, o jakim była mowa. Grünhagen sądzi, że w sprawie cierpienia współczulnego nerwy rozszerzające naczynia zasługują na większą uwagę. Opisuje on doświadczenia, z których wynika, że silne podrażnienie rogówki daje powód do szybkiego pojawienia się białka i włóknika i wędrowania białych ciałek krwi nie tylko w cieczy wodnéj oka zadrażnionego, ale i drugiego. Sposobem odruchu powstaje więc zadrażnienie nerwów rozszerzających naczynia, a skutkiem rozszerzenia naczyń zwiększone wydzielanie białka i włóknika. Snellen i Leber zadawali oku królika urazy najrozmaitszego rodzaju, lecz nie zdołali, jak Grünhagen, wywołać cierpienia współczulnego, a Leber nie widział nigdy nawet najmniejszego przekrwienia w drugiém oku. Samelsohn podaje inną drogę, którą się szerzy cierpienie współczulne, a mianowicie przestwór nadnaczyniówkowy i twardówkowy wzdłuż pochew naczyń i nerwów rzęskowych aż do przestworu międzypochwowego, będącego przestworem limfatycznym, komunikującym z przestworami limfatycznemi mózgu.

Streszczając rozprawy nad powstawaniem cierpienia współczulnego Snellen stwierdza, że mowcy zgodzili się na odróżnianie zadrażnienia od zapalenia współczulnego. Zadrażnienie współczulne może być skutkiem zwrotnego działania nerwowego. Przypuszczenie zaś, że zapalenie współczulne powstaje skutkiem działania zwrotnego, wychodzącego od nerwów rzęskowych, nie znalazło dotąd obrońców. Grünhagen powiedział wprawdzie, że skutkiem urazu oka spostrzegał zwiększenie się ilości włóknika i komórek podobnych do białych ciałek krwi w komórce przodkowéj obu oczu, a zjawisko to przypisał działaniu nerwów rozszerzających naczynia. Ciecz wodną zbierał on jednak po śmierci, a pod tym względem godzi się przypomnieć spostrzeżenie Deutschmanna, dowodzące, że ciecz wodna może się po śmierci odradzać i okazuje stale zwiększenie ilości włóknika. Badania Braileya stwierdzają, że zapalenie jagodówki ma cechę odrębną, a nadto przekonano się w przeważnéj ilości przypadków zapalenia współczulnego o obecności zapalenia nerwów w niższym lub wyższym stopniu. Przytoczono nadto wybitne spostrzeżenie, dowodzące, że zapalenie współczulne przenosić się może wzdłuż nerwu wzrokowego, chociaż zdaje się, iż nie odnosi się do całéj jego ciągłości i nie zajmuje go w całym jego przebiegu w równym stopniu. Spostrzeżenia przytoczone usprawiedliwiają też przypuszczenie zapalenia, lecz nieciągłego ale raczéj przerzutowego. Gdy zapalenie nerwu jest w pewnych przypadkach lekkie, jest więc podobném do prawdy, że przestwory limfatyczne pośredniczą w jego przenoszeniu. Czy w tém przenoszeniu czynne są naczynia limfatyczne przestworu nad oponą twardą *(extradural)*, jak utrzymuje Samelsohn, lub też przestworów pod oponą twardą i miękką, wykazać dopiero muszą dalsze poszukiwania.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Zjazd okulistów w Heidelbergu.

(Dokończenie. Patrz Nr. 42).

Nakoniec wspomina, iż niewłaściwie w podręcznikach okulistyki jest mowa o wytwarzaniu się blizn z ziarn jaglicowych, gdyż nikt nie spostrzegł, aby z ziarn jaglicy wytwarzała się tkanka łączna. Tak zwane blizny, jakie napoty-

kamy w miejscu zaniklej spojówki, powstają z tkanki międzyziarenkowéj, z pierwocin naczyń włosowatych i otaczającéj ziarna jaglicowe tkaniny. Co się zaś tyczy zarażenia się przez powietrze, to może to tylko nastąpić skutkiem dostania się zarodków mikrokoków (*Dauersporen)* z kurzem, ciałami obcemi i t. d. do oka. Jeżeli wydzielina chorobowa się ulatnia wtenczas tylko woda unosi się w powietrze, nie zaś stałe składniki wydzieliny.

Brettauer mówił o działaniu jodoformu. Lek ten zastósował po wyjęciu małego nowotworu osadzonego na brzegu rogówki. Budowy histologicznéj nie zbadano. Zabliźnienie nastąpiło w bardzo krótkim czasie. Przekonawszy się, iż spojówka lek powyższy bardzo dobrze znosi, stósował go w chorobach spojówki i rogówki. W przypadku łuszczki, w którym bezskutecznemi były zwykle używane środki lecznicze, zasypywal jodoform przez 6 tygodni i uzyskał poprawę bystrości wzroku z 0·50/60 na 3/60. Również spostrzegał, że jodoform rozjaśniająco działa w tych przypadkach, w których po zapaleniu rogówki następuje stwardnienie miąższu téjże z utratą przeźroczystości. W dyskusyi podaje Horner, że stósował jodoform z wazeliną w stosunku 1:15 z bardzo pomyślnym skutkiem. Toż samo twierdzi Leber, że jodoform działa jako środek antyseptyczny. W przypadkach tocznia powiek używał go Nieden, który radzi, żeby jodoform zalecać z *Collodium elasticum* i garbnikiem, skutkiem czego środek traci woń nieprzyjemną.

Dr. Horstmann, docent z Berlina, miał rzecz o recydywie zapalenia tęczówki. Twierdzi, na co zresztą już Schweigger zwrócił był uwagę, iż tylne przyczepiny daleko rzadziéj stają się przyczyną recydywy zapalenia tęczówkowego, niż szkoła Graefego przypuszcza. Recydywa najczęściéj dla tego występuje, ponieważ nie usunięto przyczyny, która tkwi w organizmie a skutkiem któréj powstało pierwotne zapalenie. Choroby, które w dalszych skutkach swoich sprowadzają zapalenie tęczówki, są kiła, rzeżączka, reumatyzm i zolzy (Leber). Leczenie musi usunąć te choroby, gdyż irydektomija, wykonana z powodu tylnych przyczepin, recydywom zapobiedz nie zdoła. Kwas salicylowy działał bardzo skutecznie w przypadkach recydywy zapalenia tęczówkowego, powstałego skutkiem reumatyzmu. Arlt zwraca uwagę prelegenta na to, iż on po irydektomii należycie wykonanéj tylko wyjątkowo spostrzegał recydywę zapalenia tęczówkowego, lecz natomiast dość często męty w ciałku szklaném.

Dr. Berlin nawiązując do rozgłośnéj swéj pracy „o upośledzeniach bystrości wzroku po urazach czaszki,“ którą odczytał na poprzednim Zjeździe, podaje, iż już po ogłoszeniu swéj pracy znalazł w dziele Nuhna, wydaném w r. 1845, wzmiankę, iż po urazach i skaleczeniach czaszki występuje upośledzenie bystrości wzroku lub całkowita ślepota. Nuhn był więc pierwszym, który wskazał na związek przyczynowy, jaki zachodzi pomiędzy urazem czaszki i upośledzeniem bystrości wzroku. W wyżéj wspomnianéj pracy wykazał Berlin, iż nieuleczne upośledzenie wzroku po urazach czaszki odnieść należy do złamań kości, które tworzą kanał nerwu wzrokowego. Obecnie dodał, iż widział przypadek, w którym ta część nerwu wzrokowego, która się wśród czaszki znajduje, częściowo się przerwała, podczas kiedy dotąd tylko spostrzegano, iż siedzibą obrażenia nerwu była ta część, która się w kanale nerwu wzrokowego znajduje. We wspomnianym przypadku przerwał się prawie cały nerw, krwi w zagłębieniu nie było, tętnica się przerwała. W dyskusyi E. Mayer zwraca na to uwagę, iż podobne przerwanie naczyń może się stać przyczyną tętniących nowotworów pozagałkowych.

O ślepocie powstałéj skutkiem chininu mówił prof. Knapp. Po większych dawkach tego leku (w jednym przypadku w przeciągu kilku dni zażyła chora 10 gramów) spostrzegał w kilku przypadkach następujące zmiany chorobowe. Chorzy skarżą się na szum w uszach i na upośledzenie bystrości wzroku. Jeżeli chory jeszcze coś widzi, to można wykazać bardzo znaczne ścieśnienie pola widzenia. Chorzy barw dobrze nie rozpoznają, a poczucie ilościowe światła jest zmniejszone. We wszystkich przypadkach źrenica jest rozszerzoną, a jest zupełnie nieruchomą, jeżeli chory utracił poczucie światła. Wziernik wykazuje prawidłowe otoczenie tarczy nerwu wzrokowego, siatkówka nie jest zaćmiona, tarcza nerwu wzrokowego biała, nieobrzmiała, naczynia siatkówki węższe a w niektórych przypadkach tak wązkie, że ich nawet rozpoznać nie można. Szum w uszach ustępuje w krótkim czasie, czasem już po kilku godzinach, upośledzenie zaś bystrości wzroku trwa miesiącami, ustępując tylko powoli. Rokowanie jest pomyślne. Chociaż upośledzenie bystrości wzroku ustąpi, dno oka wyglądania swojego nie zmienia. Podobny przebieg chorobowy spostrzegł Knapp po zażyciu znaczniejszych dawek kwasu salicylowego. Becker w dyskusyi podaje, że stósował chinin w chorobach oka, w których znachodził rozszerzenie naczyń siatkówkowych, dowiedziawszy się, iż lek ten je zwęża. Chociaż jednak bardzo znacznych używał dawek, pozostał środek bezskutecznym. Z dalszéj dyskusyi wynika, iż upośledzenie bystrości wzroku po zażyciu chininu spostrzegano w jednych przypadkach już po bardzo małych dawkach, w innych zaś dopiero po bardzo wielkich; we wielu wreszcie przypadkach nawet i największe dawki żadnych zmian nie sprowadziły. Horner sądzi, iż chinin sprowadza powyższe zmiany tylko u chorych u których pewną skłonność przypuścić musimy. Zaleca, aby dokładnie badano ogólny stan ustroju chorych a wtenczas niewątpliwie się pokaże, jakie szkodliwe czynniki są przyczyną téj skłonności. Spostrzegł on zwężenie naczyń po zażyciu chininu u chorego, który cierpiał na zołzy.

Prof. Förster podał sposób, za pomocą którego przyspiesza dojrzewanie niedoszłych jeszcze zaćm. Dotąd w powyższym celu przecinano torebkę soczewkową, aby się ciecz wodna z przodowéj komórki mogła dostać do istoty soczewkowéj, a skutkiem tego sprowadzić pęcznienie i dojrzenie. Förster jednakże przekonał się, iż przecięcie torebki w wielu przypadkach niewystarcza, co Wecker i Snellen potwierdzają. Dlatego zaleca swój sposób, który w 150 przypadkach z dobrym skutkiem zastosował. Wykonywając irydektomiję jakiś czas przed operacyją zaćmy, spostrzegał, iż sama irydektomija przyspiesza dojrzewanie, jak mu się zdaje, skutkiem tego, że warstwy soczewki się przesuwają w chwili, kiedy soczewka po wypływie cieczy wodnéj przez ciałko szklane ku przodowi bywa wypartą. Chcąc owo przesuwanie warstw soczewkowych tém pewniéj sprowadzić, radzi, aby już po wypływie cieczy wodnéj ugniatać lekko soczewkę za pomocą tępego narzędzia, które się po rogówce przesuwa, poza którą znajduje się soczewka. W późniejszych operacyjach zaćmy nie spostrzegał Förster, aby wypływ ciałka szklanego częściéj się zdarzał, niż to zwykle bywa. W dyskusyi Arlt zwraca na to uwagę, iż uciskając soczewkę można bardzo łatwo sprowadzić jéj zwichnięcie, skutkiem czego wydalenie soczewki ulegałoby wielkim trudnościom a niemałą ilość oczu możnaby wprawdzie wcześniéj operować, lecz za to z mniéj

pomyślnym skutkiem. Wprawdzie przecinając torebkę igiełką Rosasa można także sprowadzić zwichnięcie soczewki, lecz daleko częściéj by się to działo, gdyby przyjęto sposób Förstera.

Oprócz tych wykładów, które w streszczeniu podałem, było jeszcze kilka innych, które pomijam, dlatego że jedne z powodu zbyt specyjalnéj swéj treści nie budzą zajęcia w szerszych kołach lekarskich, inne zaś w rozmiarach tego sprawozdania streścić się nie dadzą. Wspomnę tylko, iż Fuchs mówił o zmianach w rogówce w przypadkach podwyższonego ucisku śródocznego, prof. Michel o zmianach histologicznych powstałych skutkiem zapalenia tęczówki a Kuhnt z Jeny przedłożył szereg preparatów mikroskopijnych. Ciekawe były te preparaty, które wykazały zanik siatkówki i naczyniówki w obwodowych częściach u ludzi w podeszłym wieku. Tłumaczą one dostatecznie ścieśnienie pola widzenia w starości. *Dr. E Machek.*

IX. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu 39 (do 24 września) ospa w Londynie okazywała się w jednakowém nasileniu. Leczyło się w szpitalach 506, świeżo zapadło 93, umarło 26. W Paryżu umarło 15, w Saragossie 17, w Budapeszcie 4, w Wiedniu 9, w Petersburgu 5. Z duru brzusznego umarło nieco mniéj w Paryżu i Petersburgu, więcéj w Londynie. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 15. Czerwonka złagodniała w Granadzie i Aleksandryi. W Krakowie umarło w tygodniu 40 (do 31 września): 2 ospy, 1 z płonicy, 1 z błonicy, 1 z duru brzusznego, 1 z czerwonki, 1 z nagminnego zapalenia opon mózgo-rdzeniowych, a doniesiono w tymże czasie; o 2 przypadkach ospy, 4 płonicy, 2 błonicy, 5 duru brzusznego, 1 czerwonki.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 39 (do 24 września) umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 37,1; w Poznaniu 36,3; w Wiedniu 21,3; w Budapeszcie 30,1; w Pradze 26,1; w Tryjeście 32,4; w Berlinie 23,6; w Wrocławiu 27,9; w Gdańsku 30,7; w Mnichowie 26,7; w Dreźnie 21,0; w Lipsku 18,5; w Bazylei 15,1; w Brukseli 23,3; w Amsterdamie 21,2; w Hadze 23,4; w Paryżu 23,5; w Londynie 17,4; w Kopenhadze 19,7; w Stokholmie 15,8; w Chrystyjanii 10,8; w Petersburgu 38,7; w Odessie 27,6; w Madrycie 35,1; w Lisabonie 24,5; w Aleksandryi 48,8; w Nowym Jorku 29,5; w Filadelfii 24,5; w Bombaju 36,1; w Madrasie 38,8. *J. B.*

X. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 20 października. P. Minister oświecenia potwierdził akt habilitacyjny Dra Stanisława Ponikły, asystenta kliniki lekarskiéj, jako docenta prywatnego do propedeutyki klinicznéj i nauki sposobów badania chorób wewnętrznych w Wydziale lekarskim Uniw. Jagiell.

* W sprawie budowy kliniki i zakładu anatomii patolog. na gruncie szpitala Śgo Łazarza odbyła się dziś w tymże szpitalu komisyja złożona z komisarza i inżynijera rządowego, z Dziekana i kilku profesorów Wydziału lek. oraz Dyrektora szpitala. O czynnościach téj komisyi w swoim czasie doniesiemy.

* W Berlinie zebrał się komitet celem obmyślenia fundacyi imienia Rudolfa Virchowa na uczczenie dnia 13 października rb. jako 60ych urodzin jego. Fundacyja ta ma służyć celom naukowym, zwłaszcza antropologicznym, a rozrządzanie nią zależeć będzie wyłącznie od solenizanta, któremu w pierwszéj połowie przyszłego miesiąca akt fundacyjny uroczyście wręczonym zostanie. W skład komitetu z lekarzy wchodzą pomiędzy innymi: Bardeleben, Küster, Langenbeck, Leyden, Westphal. *(Berl. klin. Woch.)*

* Według nadesłanego nam ostatniego wykazu w sezonie ubiegłym bawiło w Cieplicach czeskich gości 10.110.

* **Lwów**. Na posiedzeniu Tow. lekarskiego w d. 15 bm. odbytém Dr. Stroynowski przedstawił kobietę, na któréj d. 5 września rb. wykonał laparo-owaryjotomiję z powodu *fibrosarcoma* 4 5 kilo ważącego. Chora wyzdrowiała a bieg pooperacyjny był tak pomyślnym, że cieplota ciała tylko raz wzniosła się do 38·2° C.

* **Wiedeń**. Sekcyja policyjna uskuteczniona na zwłokach ministra barona Haymerlego przez prof. Hofmanna, w przytomności pełniącego obowiązki fizyka Dra Kammerera, wykazała pęknięcie serca jako przyczynę nagłéj śmierci. Otoczenie ministra już przedtém wiedziało o ciężkiéj jego chorobie, albowiem badanie moczu, zarządzone przez lekarza ordynującego Dra Standhartnera, a uskutecznione w pracowni chemii lekarskiéj, wykazało w nim obecność białka i cukru. — Zmarły minister był bratem przyrodnim Dra Obersteinera, współwłaściciela zakładu dla obłąkanych w Döblingu, a tém samém stryjem prof. nadzw. w Wydziale lek. Obersteinera młodszego.

Prof. Arlt, który w kwietniu 1882 r. kończy 70 rok życia swego, podał się już zawczasu o uwolnienie od służby z końcem półrocza zimowego. P. Minister oświecenia atoli własnoręczném pismem prosił go, aby podanie swoje cofnął i wykładał jeszcze do końca roku szkolnego 1883.

Nominacyja następcy prof. Sigmunda ma nastąpić temi dniami. Mianowanym ma być prof. Neumann.

* **Węgry**. N. Pan miał już udzielić sankcyi wnioskowi ministra oświecenia względem założenia trzeciego uniwersytetu węgierskiego w Preszburgu.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 42: Matlakowskiego: Przyczynek do nadłamań kości; Pawłowskiego: Spostrzeżenia nad chorobami tyfusowemi, leczonemi w lazarecie wojskowym w Pułtusku; (dok.) — W *Przewodniku gimnast.* Nr. 7: Zulińskiego: Nauka gimnastyki i ankieta Akademii krakowskiéj w sprawie szkół średnich.—W *Medycynie* Nr. 42: Orłowskiego: Trzy owaryjotomije; Skórczewskiego: Przyczyny i rozwój niektórych postaci uporczywych biegunek, oraz ich leczenie w Krynicy (c. d.)

Piśmiennictwo lekarskie. FIRKET. Contribution à l'étude de la méningite latente chez les pneumoniques. 8. Paris, Delahaye et L. Fr. 1½.

FRITSCH. H. Die Lageveränderungen d. Gebärmutter. M. 100 Holzschn. gr. 8. Stuttgart, Enke. M. 6.

GELLÉ. Suites d'études d'otologie. De l'Oreille. Anatomie normale et comparée, etc. 8. Paris, Delahaye. Fr. 5.

GERHARD C. Lehrbuch der Kinderkrankheiten. 4 Aufl. M. 45 Holzschn. gr. 8. Tübingen, Laupp. M. 15

GURLT E. Leitfaden f. Operationsübungen am Cadaver. 5 Aufl. 8. Berlin, Hirschwald. M. 4

GUYON J. C. F. Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires. 8 Paris, J. B. Baillière. Fr. 14.

HAUFE P. Ueber Massage, ihr Wesen u. ihre therapeutische Bedeutung. 2 Abdr. gr. 8. Frankfurt a/M., Alt. M. 1. 50.

HENOCH E. Vorlesungen über Kinderkrankheiten gr. 8. Berlin, Hirschwald M. 16.

HEYDENREICH Th. v. Schussverletzungen der Hände u. Finger. Mit 5 Tfln. gr. Wien, Braumüller. M. 3.

HORNEMANN E. Hygieinische Abhandlungen. Autoris. deutsche Uebersetzg. v. Eug. Liebich. gr. 8. Braunschweig, Vieweg et Sohn. M. 8.

— Vom Zustande d. Menschen kurz vor dem Tode. Aus dem Dän. 1 u. 2 Abdr. gr. 8. Gotha, Schloessmann. M. 80.

JACOUD S. Leçons de clinique médicale. 3 éd. av. 10. pl. 8. Paris, Delahaye et L. Fr. 15.

JOLY J. L. S. De la Phthisie pulmonaire et de sa curabilité 8. Paris, J. B. Baillière. Fr. 2½.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobotę w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja:
Ulica Podwale Nr. 84.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Boulv. Voltaire 180, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 29 października 1881. № 44. Rok XX.

I. Z kliniki chirurgicznéj Prof. Billrotha w Wiedniu.

O użyciu jodoformu w leczeniu ran.

Skreślił Dr. Jan Mikulicz
asystent powyższéj kliniki i docent prywatny w Uniwersytecie wiedeńskim.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 43.)

C. Rany i wrzody na swoistéj podstawie (grużlicy, zołzów, liszaja żrącego, kiły itd.)

Dotychczas poznaliśmy jodoform jako środek przeciw gnilny i daliśmy mu tylko pod tym względem w opatrywaniu ran, o których była mowa, pierwszeństwo przed innemi środkami opatrunkowemi. Teraz zajmiemy się działem ran, na które jodoform, prócz swego przeciwgnilnego działania, także mniéj więcéj wybitny swoisto leczący wpływ wywiera; jestto zaleta, któréj w tak wysokim stopniu żadnemu z dotychczas używanych środków przeciwgnilnych przypisać nie było można.

Że jodoform na rany i wrzody kiłą dotkniętych tkanek wybornie działa i takowe rychléj i pewniéj goi niż środki dotychczas używane, o tém już orzekło zgodnie wielu syfilidologów tak, że więcéj dowodów w tym kierunku nie potrzeba. Odsyłam przeto czytelnika do już wspomnianych prac Nunna, Besniera, Féréola, Lażańskiego, Bozziego, Zeissla, Mračka i wielu innych autorów. Zajmiemy się przeto zaraz wpływem jodoformu na rany i wrzody tkanek zołzami dotkniętych i zwrócimy uwagę szczególnie na zołzowo-grużlicowe zapalenia stawów i kości, a więc choroby z tego działu dla chirurga najważniejsze.

Według zapatrywania obecnego, szczególnie przez Volkmanna rozpowszechnionego, tłumaczymy sobie, jak wiadomo, gębczaste zaniemożenie kości i stawów jako grużlicę miejscową, która ma być wyrazem ogólnéj dyskrazyi grużliczéj. A chociaż na tegorocznym Zjeździe chirurgów w Berlinie rozprawa nad grużlicą okazała, że zapatrywania co do téj kwestyi jeszcze nie zupełnie są zgodne, to jednak jest pewną rzeczą, że wspomniane zaniemożenia stawów w ścisłym stoją związku z grużlicą. Dla tego już z góry są usprawiedliwione najnowsze usiłowania, dążące do usunięcia zaniemogłych tkanek i do przyśpieszenia wyleczenia za pomocą operacyj, t. j. we większym rozmiarze dokonanych resekcyj i wypróżniań *(evidements)*. Od czasu zaprowadzenia metody przeciwgnilnego leczenia ran można było przeto podejmować podobne operacyje prawie bez niebezpieczeństwa i spodziewano się dla tego, że będzie można właśnie za pomocą opatrunku Listera wyleczyć grużlicę kości i stawów w drodze operacyi już w jéj początkach łatwiéj i pewniéj, aniżeli dotychczas.

Lecz początkowe oczekiwania okazały się niestety przesadzonemi. König był pierwszym, który na podstawie rozległych doświadczeń wykazał, że obszerniejsze resekcyje zgrużliczałych stawów zwyczajnie nie dają dobrych skutków. Na zeszlorocznym Zjeździe chirurgów w Berlinie referował Koenig o 117 większych resekcyjach grużlicowo schorzałych stawów, wykonanych w przeciągu 4ch lat pod opatrunkiem przeciwgnilnym. König śledził dalsze powodzenie operowanych nietylko przez kilka pierwszych miesięcy, ale także przez parę lat po operacyi i przyszedł do tego przekonania, że operacyje podjęte, pod opatrunkiem przeciwgnilnym, nie wywierają niestety znacznego wpływu na cały przebieg zaniemożenia i że specyjalnie kwas karbolowy wcale nie działa na tkanki grużlicą dotknięte.

Z tém zgodzić się musi niestety każdy chirurg; bo któryż tego tak często nie doświadczył, że rany po resekcyi tak świetnie goić się zaczynają, lecz już po 14tu dniach pod opatrunkiem karbolowym ziarnina nabiera wejrzenia gąbczastego lub zupełnie świeża blizna rozjątrza się, aby ustąpić miejsca gąbczastym masom przeciskającym się z głębi.

Daléj przekonał się König, że operacyje antiseptyczne nie mają także żadnego wpływu na śmiertelność operowanych; liczba operowanych, którzy póżniéj pomarli w skutek ogólnéj grużlicy lub chorób następowych, była w stosunku do tak krótkiego czasu spostrzeżeń tak znaczną, że odpo-

wiadała co najmniéj śmiertelności, jaką obliczył Billroth dla chorych w ogóle, cierpiących na próchnienie stawów. Co się zaś tyczy kwestyi miejscowego zagojenia, jakotéż zapobieżenia ogólnemu zakażeniu, to zdaje się, że doświadczenia Königa przemawiają stanowczo przeciw przedwczesnéj resekcyi, mimo że z drugiéj strony zamiar wycięcia jak najśpieszniéj ogniska gruźlicowego za pomocą przedwczesnéj resekcyi i zapobieżenia zarazem ogólnemu zakażeniu już z góry uznać należy. A dodawszy do tego dawne doświadczenie, że w tak wielu gąbczastych zaniemożeniach kości i stawów, zwłaszcza u dzieci, uzdrowienie samo przez się występuje, to musimy orzec, że konieczność przedwczesnych resekcyj przynajmniéj dla pewnego szeregu przypadków jest wątpliwéj wartości; co do mnie, sądzę, że w tym względzie także i jodoform szczególniejszéj zmiany nie zaprowadzi. Na przyszłość w kwestyi, kiedy i w jakim rozmiarze należy wykonać resekcyję stawu gąbczastego, może więcéj jeszcze rozchodzić się będzie o rozstrzygnięcie, czy późniejsze funkcyje stawu są lepsze po resekcyi, lub też po leczeniu czysto zachowawczém. Wspomnę tu mimochodem, że już od wielu lat w naszéj klinice we wszystkich przypadkach, gdzie operacyja nie jest koniecznie wskazaną, postępujemy zachowawczo, tj. popieramy samouleczenie czysto mechanicznemi środkami, jakoto: wyciąganiem, opatrunkami przytwierdzającemi, przyrządami podpierającemi itd.

Inaczéj ma się rzecz w razach, gdzie zachodzi obawa pęknięcia ropni, lub gdy one już pękły, gdzie istnieją przetoki, lub gdzie stoją otworem zniszczenia kości lub stawu we większym rozmiarze. W tych przypadkach i chirurg, hołdujący zasadzie zachowawczéj, musi w jakiś sposób zabrać się do rzeczy. Dotychczas jednak podobne przypadki niestety nie sprawiły jeszcze żadnemu chirurgowi szczególniejszéj uciechy. Mimo najskrupulatniejszéj *antisepsis* zawodzi częstokroć bezpośrednie zagojenie się ran części miękkich i już z tego jedynie powodu obszerniejsze operacyje nie obiecują wielkiego skutku lub stają się nawet niebezpiecznemi. Do tego przyczynia się obawa przed zatruciem kwasem karbolowym u słabowitych chorych, a szczególnie u dzieci. Z tego powodu ograniczano się w tych przypadkach zwyczajnie do wypróżnienia, wydalenia odsłoiny *(sekwestru)*, słowem do małych operacyj, a ponieważ nasze dotychczasowe środki przeciwgnilne nie były w stanie zmienić wejrzenia gruźliczego ziarniny, a nadto zazwyczaj rana jamista rychłemu zagojeniu była na przeszkodzie, przeto przewlekało się gojenie częstokroć do tego stopnia, że czasem musieliśmy być kontenci, jeżeliśmy ostatecznie amputacyją raz na zawsze pomódz mogli.

Inaczéj się rzecz ma, odkąd posiadamy stosunkowo nieszkodliwy środek przeciwgnilny, który prócz swego działania przeciwgnilnego jest w stanie w swoisty sposób wywierać wpływ na tkaninę gruźlicową tak, że się czysta i zdrowa ziarnina wytwarza, która podobnie zagojenie sprowadza jak w innéj zresztą zdrowéj tkance.

Środkiem, który wszystkim tym wymaganiom odpowiada, jest jodoform a zasługa odkrycia nieocenionéj téj własności jodoformu należy się, jak to dziś już powszechnie wiadomo, Mosetig-Moorhofowi. Zrazu wywołały podania Mosetiga powątpiewania; aż dopiero, gdy w naszéj klinice spostrzeżenia jego potwierdzone zostały, zwrócili inni chirurdzy uwagę na ten nowy środek, a dziś czytamy już zgodne sprawozdania o świetnych skutkach leczenia jodoformem, a mianowicie Gussenbauera w Pradze, Henrickego we Wrocławiu, Merkla w Norymberdze itd.

Ponieważ dziś już nikt nie wątpi o swoistém działaniu jodoformu na gąbczasto gruźlicowe zmiany tkanek, przeto nie potrzebuję tu szczegółowo opisywać licznych skutków leczenia jodoformem w naszéj klinice. Ograniczę się tylko do podania sposobu postępowania w leczeniu zmian chorobowych gąbczastych jodoformem w ogóle.

Już we wstępie niniejszéj rozprawki wspominałem, że używamy jodoformu od Stycznia bieżącego roku we wszystkich zaniemożeniach gąbczastych kości i stawów, a mianowicie trzymaliśmy się początkowo ściśle przepisu podanego przez Mosetiga; jednak z powodów już dawniéj podanych zachowaliśmy i tu ściśle wszelkie zresztą używane środki ostrożności przeciwgnilne, podczas gdy Mosetig takowych wcale nie przestrzega. Po licznych wypróżnieniach i większych resekcyjach spróchniałych kości i stawów wypełnialiśmy całą jamę rany jodoformowym proszkiem a na to kładliśmy wyżopisany prosty opatrunek jodoformowy. Przebieg jest w każdym razie jeden i ten sam, bez względu czy zaniemożenie jest dopiero w okresie powstania, lub istnieją już znaczniejsze zniszczenia kości i części miękkich lub też długotrwałe przetoki. Przedewszystkiém gojenie się rany zawsze jest zupełnie bezgnilne, co czytelnika wcale dziwić nie powinno, skoro mu jodoform jako *antisepticum* podostatkiem już jest znany. Pominąwszy lekkie podniesienie się ciepłoty w pierwszych dniach nie ma zresztą zazwyczaj żadnego ani miejscowego, ani ogólnego oddziaływania; wydzieliny są skąpe, surowicze, bezwonne a chory nie cierpi żadnych dolegliwości; opatrunek potrzeba zmieniać co najwięcéj raz na tydzień, słowem gojenie się rany postępuje prawie w ten sam sposób, jak w całkiem normalnéj tkaninie. Z każdą zmianą opatrunku można tylko spostrzedz, że jodoform stopniowo z rany zostaje wypieranym, która w tymże stopniu wypełnia się ziarniną. Początkowo trzyma się jodoform dość silnie rany, lecz późniéj (najczęściéj już po dwóch tygodniach) daje się z łatwością spłukać a pod nim znajdujemy czystą, pięknie czerwoną ziarninę. Stosownie do wielkości wypełnia się rana po dwóch do sześciu tygodniach silną zdrową ziarniną i tym sposobem po największéj części ostateczne wyzdrowienie jest zapewnione. Wspomnę tu jednak jeszcze raz, że również i we wielu przypadkach téj grupy pod koniec leczenia azotan srebra lub takaż maść zastąpić musi opatrunek jodoformowy.

Szczególnie zastanawiającém jest szybkie wygojenie się obszernych jam we wnętrzu próchniejących kości. Podczas gdy powierzchowne obrażenia kości zwyczajnie łatwo się goją za pomocą zbliżenia i utwierdzenia części miękkich, jamy we wnętrzu próchniejących kości i stawów dotychczas opierały się wszelkim metodom leczenia, a w najlepszym razie trwały miesiące i lata, zanim się ziarniną wypełniły i ostatecznie zagoiły.

Pod wpływem jodoformu wypełniały się jednak i takie zmiany rychło zdrową ziarniną tak, że i tu ostateczne zagojenie najczęściéj tak przychodzi do skutku, jak gdyby się rozchodziło o zmianę w zupełnie zdrowéj kości.

(Dokończenie nastąpi).

II. Z oddziału docenta Pareńskiego w szpitalu powszechnym w Krakowie.

Wpływ zbawienny róży na ostry reumatyzm stawowy.

Skreślił Dr. Leon Kopff.

(Dokończenie. Patrz Nr. 43).

IV przypadek. M. R. służąca, 18 letnia, przybyła do nas 20 września 1880. Choroba rozpoczęła się przed pięciu dniami. Badanie wykazało: ciepłota podniesiona 39.5°, w płucach z przodu dołem nieco rzężeń, śledziona od 8go żebra macalna przy wdechu. Stawy: skokowy prawy, kolanowy lewy i nadgarstkowy lewy obrzmiałe, bolesne, skóra na nich zaczerwieniona. W trzecim dniu choroby, przy 40° gorączki, wystąpiło obrzmienie stawu kolanowego prawego. Gorączka ciągle w jednakowém nasileniu. 27/9 obrzmienie nowe w stawie łokciowym prawym. Chinin, podawany w dawkach po 2½ grama przez dzień, wywołuje znaczne remisyje ranne gorączki, w stawach jednak nie sprowadza żadnych zmian na lepsze. Z tego powodu przestano go podawać, i od 28/9 dawano choréj po 6 gramów kwasu salicylowego na dzień. Przy tém leczeniu ból ze stawów o tyle ustąpił, że chora mogła sypiać, a i obrzmienie zdawało się zmiejszać, szczególniéj w stawach skokowych. W parę dni jednak przy nizkiéj stosunkowo ciepłocie, bo 38°, chora była bardzo niespokojna, tętno 120, majaczenie wesołe. Obrzmienie stawów znów się zaczęło powiększać. Na oku prawém spostrzegliśmy dwa pryszczyki (*phlyctaenae)*, skutkiem czego zapewne silny światłowstręt. Stan taki bez zmian trwał przez trzy dni, poczém, pośród podniesienia ciepłoty rannéj do 40.5°, róża rozwinęła się na powiekach i nosie. W dniu następnym zajęła skórę czoła, 10/10 skórę policzków, przyczém uważano zupełne sklęśnięcie stawów kolanowych, bóle zaś ze wszystkich stawów zajętych ustąpiły. 14/10 rozpoczęło się łuszczenie, stan bezgorączkowy, obrzmienie stawów ustąpiło całkowicie, pozostało tylko zesztywnienie i bolesność przy ruchach. 23/10 chora zupełnie zdrowa opuściła zakład.

Mieliśmy więc i w tym przypadku do czynienia z ostrym reumatyzmem, występującym ze wszystkiemi charakterystycznemi cechami: obrzmieniem kilku stawów, przechodzącém z jednego stawu w drugi, z silnemi bólami, niedającemi choréj spać, a przytém gorączką wysoką, dochodzącą do czterdziestu i kilku dziesiętnych stopni. Chinin obniżał wprawdzie ranną ciepłotę przeszło o 1½ stopnia, nie wywierał jednak żadnego leczniczego działania na samo cierpienie stawów. Kwas salicylowy, podawany w znacznych dawkach, bo po sześć gramów na dzień, zmniejsza wprawdzie bóle w stawach, a nawet obrzmienie ze stawów skokowych ustępuje, ale stosunkowo do tak wysokich dawek i kilkudniowego użycia rezultat leczniczy nieświetny. Wystąpienie róży, która zdaje się obrała sobie za punkt wyjścia pryszczyki na spojówce oka prawego, poprzedza zajęcie *sensorium*, przy niskiéj stosunkowo ciepłocie, bo nieprzechodzącéj 38.5 stopnia. Dopiero po trzech dniach stanu takiego, który zapowiadał jakieś wielkie zaburzenie w ustroju, ciepłota podnosi się do 40.5° a róża rozwija się naprzód na powiekach i nosie, poczém zajmuje całą twarz. Już w drugim dniu po wystąpieniu róży uważano sklęsnięcie stawów kolanowych, a chora, gdy skóra przestała się łuszczyć, opuściła zakład zupełnie zdrowa. Czyż może być wybitniejszym, nieulegającym najmniejszéj wątpliwości, wpływ róży na ostry reumatyzm stawowy, jak w tym przypadku?

Zastanowić się nam teraz wypada, czy jedynie tylko róża posiada tę szczególną własność leczniczą. W literaturze niemieckiéj napotyka się dość mało spostrzeżeń, dotyczących głównie leczniczego wpływu chorób ostrych, szczególniéj zakaźnych, na choroby umysłowe [1]). Literatura francuzka ma w tym kierunku znacznie większy zasób spostrzeżeń. Znajdujemy tutaj przypadki bardzo ciekawe wpływu leczniczego szkarlatyny, odry, ospy, ostrego reumatyzmu etc. na różne choroby [2]). I w naszych przypadkach ostrego reumatyzmu widzieliśmy zawsze wpływ korzystny powikłań z chorobami ostremi na cierpienie stawów. Na fakt ten zwróciłem uwagę w zeszłorocznéj mojéj pracy o ostrym gośćcu stawowym. (Przegląd Lekarski 1880, wrzesień). Wszelkie powikłanie z zapaleniem płuc, wszelkie wystąpienie jakichkolwiek chorób, połączonych z wysoką gorączką i charakterem więcéj zakaźnym, w przebiegu ostrego reumatyzmu, zawsze wywoływało zmniejszenie objawów pierwotnéj choroby. Różnica wpływu róży na zapalenie stawów polega na tém, że cierpienie stawów po ustąpieniu zapalenia płuc, lub innéj ostréj choroby, wikłającéj przebieg jego, na nowo występuje, róża zaś w naszych przypadkach jakoteż, w przypadku p. Champouillona, stale je usuwała. Różnica ta wybitnie występuje w naszym przypadku pierwszym u wyrobnika F. M.— W dziesiątym dniu pobytu w szpitalu rozwija się zapalenie płuc po stronie prawéj. Objawy reumatyzmu znacznie łagodnieją. W siódmym dniu następuje przełam zapalenia, które w parę dni szczęśliwie mija. Zapalenie stawów, które teraz stało na uboczu, i nie zwracało na siebie uwagi nie tylko lekarzy, ale i chorego, wzmaga się i zmusza chorego do

[1]) Dr. Fiedler, główny lekarz szpitala miejskiego w Dreźnie, zestawił w swéj rozprawie (*Deutsch. Archiv f. klin. Med.* 1880. Bd. 26. Hft. 3 i 4. S. 274) prawie całą literaturę, dotyczącą wpływu chorób gorączkowych na choroby i zboczenia umysłowe.—Zestawienie podobne znajduje się także w pracy Dra Brunneta (*Gazette des Hôpitaux* 1880. Nr. 115).— Wyczerpująco podaje literaturę tego przedmiotu Dr. Korniłowicz w rozprawie: „Przyczynek do wpływu leczniczego ostrych cierpień gorączkowych na choroby umysłowe (*Gazeta Lekarska* 1881 Nr. 17).

[2]) Behrend (*Jahrb. f. Kdrkh.* 10. S. 37) opisuje kilka przypadków ustąpienia *Eczema capitis* pod wpływem odry. Zenner podaje przypadek chroniczněj pęcherzycy (*Pemphigus)* u dziecka, która na zawsze po odrze ustąpiła. Barthez opisuje przypadki ustąpienia padaczki, pląsawicy (*chorea*), *incontinentiae urinae* po odrze. Rilliet widział znaczne polepszenie *Coxitis chronica* w przebiegu odry. Schroeder van der Kolk nadmienia o ustąpieniu szaleństwa gwałtownego skutkiem odry. Hildebrand widział ustąpienie uporczywego chronicznego zapalenia stawów w przebiegu róży. Roser opisuje wyleczenie próchnienia kości ręki u trzechletniego chłopca przez odrę. — Kilka jeszcze spostrzeżeń, prócz powyższych, zestawił Thomas (*Ziemssen's Hbch. d. spec. Path. u. Ther.* II. Band. S. 113).

Rilliet i Barthez (*Schmidts Jahrbch.* 133, 317) opisuje przypadki korzystnego wpływu szkarlatyny na zimnicę; (Naumann Thomas l. c. S. 312) twierdzi wprost przeciwnie); widzieli oni także ustąpienie kokluszu, zapalenia płuc pod wpływem szkarlatyny. Thompson i Loeschner widzieli wyleczenie pląsawicy (*chorea)* po szkarlatynie (*Ziemssen's Handbuch* l. c.)

Dr. Jourjon opisuje wpływ leczniczy ostrego reumatyzmu na syfilis (*Thèse de Paris* 1870). Podobny przypadek obserwował M. Ch. Mauriac (*Gaz. des Hôpitaux* 46. Nr. 69).

Gore (*The Lancet* 1858. 2 Febr.) opisuje wyleczenie *psoriasis syphilitica* przez ospę.

Spostrzeżenia podobne opisują jeszcze Garrique (*Thèse* 1870). Barin (*Annales de Dermatologie et de syphilographie* 3. 406) i wielu innych.

dalszego pozostania w szpitalu. Róża, która się rozwinęła na skórze twarzy i głowy, usunęła zupełnie objawy zapalne ze stawów. Co się tyczy wpływu róży i chorób ostrych zakaźnych na syfilis, zołzy, choroby skórne etc, rzecz się ma według zdania lekarzy francuskich zupełnie tak samo. Róża działa z nich wszystkich najkorzystniéj na usunięcie pierwotnéj choroby.

Tłumaczenie tego dziwnego objawu w patologii jest nader niedostatecznėm. Du Bois Reymond, opierając się na znanych doświadczeniach Dondersa, Snellena i Webera (*Berl. klin. Wochenschrift* 1864, s. 187) o wpływie porażenia lub przecięcia n. współczulnego na gojenie ran, i innych procesów zapalnych, jest zdania, że róża działa tutaj jedynie tylko przez rozszerzenie naczyń w miejscu zajętém. Tłumaczenie to możeby wystarczyło do wyjaśnienia wpływu miejscowego na gojenie się wrzodów, lecz nie tłumaczy wpływu leczniczego na reumatyzm, syfilis, zołzy etc. Zuelzer (*Ziemssens Hdb. d. spec. Path. u. Ther.* 2 Aufl. II Bd. 2 Haelfte. S. 732) w tłumaczeniu swojém ucieka się także do porażenia nerwów naczynio-ruchowych. Opiera on swoje twierdzenie na tém, że przez podrażnienie nerwów można na miejscach odległych wywołać rozszerzenie naczyń. Tłumaczenia te są nader niedostateczne i słabe[1]). Nie ośmielam się występować z krytyką przeciwko nim, bo nie mogę nic lepszego znaleźć do wytłumaczenia tych ciemnych objawów. Zdaje mi się jednak, że na większe prawdopodobieństwo zasługiwałoby przypuszczenie, ze objaw ten jest pewnego rodzaju walką o byt (*sit venia verbo*) między przyrzutami pierwotnéj choroby a róży lub innéj choroby wikłającéj. Wprawdzie słusznie mógłby mi kto zarzucić, że hypoteza taka nie wystarcza do wytłumaczenia wszystkich objawów leczniczych róży i innych chorób zakaźnych, bo niektóre choroby skóry, w ogóle nowotwory, choroby nerwowe, umysłowe etc. nie polegają na zakażeniu krwi jakąś właściwą istotą. Wcale słusznie. W tych przypadkach trzebaby może uciec się do teoryi Du Bois Reymonda, Zuelzera lub wreszcie Huetera i Tillmansa, ale te znowu nie wytłumaczą, jak może róża lub jaka inna choroba infekcyjna (bo i zapalenie płuc i *Polyarthritis acuta* należy mojém zdaniem zaliczyć do chorób zakaźnych) wpływać leczniczo na syfilis, zołzy, *polyarthritis* etc. — Na tém kończę tłumaczenie, przyznając, żem się wcale nie przyczynił do rozwikłania téj ciemnej zagadki w patologii.

Na zakończenie zastanowić mi się jeszcze wypada, czy różę można starać się zaszczepić w celach leczniczych lub nie. Dotychczasowe doświadczenia w tym kierunku robione wykazały, że próby zaszczepienia róży rzadko się udają. Bo czyż się mogą udać, jeżeli dotąd nie mamy w rękach przyczyny choroby? Skoro zaś nie znamy przyczyny choroby, nie możemy władać i jéj skutkami. Ale przypuśćmy, żeby w naszéj mocy było zaszczepić różę, czyż mielibyśmy prawo użyć tego środka, lub przynajmniéj kusić się o użycie jego. Sądzę, że nie. Środki trujące, któremi tak często zwalczamy groźne choroby, grożące zagładą organizmowi, naszéj pieczy powierzonemu, możemy stopniować, dozować, próbować, stósownie do siły, usposobienia i konstytucyi organizmu, jakoteż naszego doświadczenia. Czyż jesteśmy do tego stopnia panami choroby, któréj chcemy użyć jako sługi? Bynajmniéj; skoro nam się ją raz uda zaszczepić, ona staje się panią niezależną, a my jéj kresu nie możemy zaznaczyć. Częstokroć lek ten działa zabójczo, a my jesteśmy za to odpowiedzialni. Możemy więc sobie życzyć, by róża zawitała w przypadkach chorób uporczywych, częstokroć niewyleczalnych, możemy powinszować choremu, że mamy tak dzielnego sprzymierzeńca w leczeniu, nigdy jednak nie powinniśmy, nie mamy prawa starać się o zaszczepienie róży.

[1]) Hueter w dziele swojém „*Grundriss der Chirurgie*" przypuszcza, że w róży ulegają rozszerzeniu przestrzenie limfatyczne skóry oraz tkanki łącznéj podskórnéj, a przez to następuje wessanie składników komórkowych nowotworu drogą przewodów chłonnych. — Tillmanns jest zdania, że w róży nowotwór zostaje nacieczony mnóstwem ciałek bezbarwnych, które podpadają po większéj części stłuszczeniu. Proces ten zanikowy rozszerza się także na tkaninę nowotworu i zmusza ją do rozpadu.

III. Doświadczenia z dziedziny neurochirurgii.

Podał Docent Dr. Obaliński.

I. Naciąganie nerwów (*neurotonia*).

(Dokończenie. Patrz. Nr. 43).

Po operacyi przyszedł wkrótce do siebie i nie skarżył się na żadne bóle w miejscu operowaném; nadto zwykłe bóle tak się znacznie zmniejszyły, że wcale nie potrzebował zastrzyknięcia morfinu, bez którego już od kilku miesięcy nie mógł się obejść.

W nocy jednakże spać nie mógł a to z powodu zupełnego zatrzymania moczu, usnął dopiero nad ranem, gdy mu lekarz dyżurny odciągnął około jednego litra moczu. Odtąd mocz musiał być dwa do trzech razy na dobę wypuszczanym, gdyż dobrowolnie nic nie odchodziło. Naturalnie, że pomimo wszelkich ostrożności i czystości wkrótce pojawiło się zadrażnienie pęcherza, przeciw któremu używano przemywań z początku dwa razy, a późniéj tylko raz na dzień 0.50% rozczynem karbolu lub salicylu. Tak stała sprawa z moczem przez blizko 2 tygodnie po operacyi, w którym to czasie zaczął chory po trosze mocz dobrowolnie oddawać; odtąd polepszenie stale postępowało tak, iż w miesiąc po operacyi mogliśmy zanotować, że pacyjent oddaje kilka razy mocz dobrowolnie po 200—300 grm., że tenże jest zupełnie czystym, że pęcherz obecnie zupełnie się wypróżnia czego dawniéj nie było.

Nie tak dobrze poszło z przewodem pokarmowym, który jak to wyżéj wspomnieliśmy okazywał się najczęściéj zatkanym; po operacyi trzeba było tak samo ciągle pomagać to wodą gorzką, to lewatywami itp., lecz co gorsza pojawiły się w drugim tygodniu nader przykre skurcze zwieracza stolcowego i to tak znaczne, że po całych nocach sen choremu odbierały. Ani środki czyszczące ani czopki z morfinu nie okazały się skutecznemi, dopiero wstrzykiwania podskórne morfinu sprowadziły ulgę.

Co do odnóg dolnych, to, jak już wyżéj wspomniałem początkowo bóle i zrywania prawie zupełnie ustały, a nawet na 3ci dzień po operacyi były niektóre miejsca znieczulone. Czwartego dnia powróciły bóle i zrywania w nogach i utrzymywały się przez kilka dni, poczém znów zwolna zaczęły ustępować tak, że w 3 tygodnie po operacyi zupełnie znikły i pacyjent mógł zacząć wstawać, a późniéj się przechadzać i to najprzód z pomocą posługaczy, potém o lasce, a w końcu i bez pomocy. Lecz stan ten błogi nie trwał długo; wprawdzie bóle nie wróciły więcéj, lecz owe przykre zrywania odnogami dolnemi i wyprężania mięśni powróciły w 5ym tygodniu i musiały być morfinem uśmierzane. To mnie skłoniło do zaproponowania choremu naciągnięcia jeszcze

i nerwów udowych, na co on chętnie się zgodził. Po zachloroformowaniu wykonałem w dniu 27 sierpnia naciągnięcie nerwów udowych w sposób następujący: Odsłoniłem tuż pod więzem Pouparta wewnętrzny brzeg mięśnia krawieckiego, a po rozcięciu *fasciae latae* i odsunięciu na bok nerwu skórnego uda zewnętrznego dostałem się do nerwu udowego na zewnątrz od tętnicy na mięśniu biodrowym leżącego. Postępowanie ściśle antyseptyczne. Przy téj sposobności nadmienić jeszcze muszę, że rany poprzednie goiły się *per secundam* z powodu rozejścia się szwów, lecz przebieg ich był zupełnie prawidłowym. Z ran po naciągnięciu nerwów udowych zagoiła się lewa *per primam*, prawa zaś *per secundam* a to dla tego, że drenik wsunął się w całości pod brzeg rany i dał powód do zatrzymania wydzieliny w ranie. Umyślnie kładę na to nacisk celem zbicia twierdzenia, jakoby rany po naciąganiu nerwów źle się goiły; jeżeli tylko zachowane są wszystkie warunki antyseptyki, to gojenie nie ma powodów przebiegać inaczéj, niż np. po podwiązaniu naczynia lub t. p. zranieniu.

I tym razem spostrzegliśmy zwężanie się i rozszerzanie źrenic podczas naciągania nerwów, nie spostrzeżono jednak zmiany w oddechach i tętnie.

Nadzwyczaj godném uwagi zjawiskiem jest ta okoliczność, że i tym razem doznał pęcherz moczowy, który już był zupełnie powrócił do prawidłowéj czynności, porażenia, przeciw któremu, tak jak poprzednio stosowaliśmy, odciąganie moczu cewnikiem i przemywania słabym rozczynem kw. salicylowego. Po dwóch tygodniach zaczął chory oddawać mocz dobrowolnie.

Podobna reakcyja ukazała się także i w zakresie kiszki odchodowéj, stolec bowiem zatrzymał się na kilka dni i nastał dopiero po silnych środkach czyszczących i kilkakrotnych lewatywach; odtąd jednakże się uregulował i nie sprawiał takich przykrości, jakie były przed operacyjami.

W odnogach dolnych utrzymywały się po ostatniéj operacyi owe dolegliwe kurcze jeszcze przez kilka dni coraz to słabnąc. Obecnie ustały one zupełnie i pacyjent nasz chodzi dobrze bez laski, a nawet może dłuższy czas na jedném miejscu stać, chociaż owo charakterystyczne stąpanie pozostało acz w mniejszym stopniu. Bóle dawniejsze i przykre uczucie zimna w nogach ustąpiły w zupełności a sam chory najlepiéj nacechował stan swój dzisiejszy: „jakkolwiek wiem, że nie jestem radykalnie wyleczonym, czuję jednak znaczną ulgę“ i zadowolony opuścił zakład. Jakkolwiek daleki jestem od tego, aby z tych kilku przypadków stawiać jakieś ostateczne wnioski tyczące się skuteczności lub nieskuteczności téj nowéj metody leczenia, pozwolę sobie jednakże zrobić pod tym względem kilka końcowych uwag.

Przedewszystkiém widzimy, że w połowie moich przypadków okazało się naciąganie nerwów zupełnie nieskuteczném, a w połowie odniosło pożądany skutek. Nie mogę jednakże pominąć téj okoliczności, że przypadki, w których nie widzieliśmy skutku, nie były odpowiedniemi, albowiem w jednym z nich (2gi) był nerw już poprzednio obrażonym a podczas naciągania przerwał się do reszty, więc też wystąpiły tutaj przypady trofoneurozy nie mającéj związku z naciąganiem nerwów, w drugim zaś przypadku *(tetanus)* nie wiedzieliśmy właściwie w czém szukać przyczyny tężca, czy w ogólném przeziębieniu, lub też w oddzielaniu się zgorzelinowych części na stopie; na chybi trafi przypuściliśmy to ostatnie, więc też i rezultat ujemny nie może być właściwą miarą mierzonym.

Ważniejszą rzeczą jest zastanowić się nad obydwoma przypadkami, w których osiągnięto rezultat pożądany. Tu znów pokazuje się, że w pierwszym z nich był on przemijającym, bo po upływie dwóch miesięcy powróciły dawne bóle i zmiany odżywcze, a i drugi, na oko lepszy przypadek (*tabes dorsalis)*, nie jest wolnym od tego, boć przecież po naciąganiu nerwów kulszowych utrzymał się dobry skutek zaledwie parę tygodni, a i teraz po drugiéj operacyi, t. j. po naciągnięciu nerwów udowych zachodzi obawa, aby przypady dawniejsze znów nie powróciły.

W każdym razie to jest pewnem, że naciąganie nerwów nie jest bez wpływu na pewne choroby; nie może być wprawdzie uważaném jako srodek radykalnie leczący, zajmuje jednak jak dotąd, niepoślednie miejsce w gronie innych w takich razach używanych środków, jak elektryczność, kąpiele, massowanie itp. Słusznie téż powiada Langenbuch, że i naciąganie nerwów, jak wszystko doczesne, ma swoje słabe strony i podając je jako metodę leczenia przeciw wiądowi rdzenia pacierzowego wcale nie stara się stanąć w opozycyi przeciw innym metodom, twierdząc, że naciąganie nerwów osiąga na drodze mechanicznéj to samo, co uzyskujemy przez elektryczność, kąpiele itp. na drodze dynamicznéj, że więc ono powinno być spólnikiem a nie przeciwnikiem tychże środków, gdyż jak one nie jest w stanie uzupełnić ubytku, lecz działa regulująco na całe przewodnictwo w nerwach, uspakajając ich końcowe aparaty a pobudzając pozostałe jeszcze włókna do zastępczéj czynności za zniszczone. Z tego stanowiska zapatrując się muszę obydwa moje przypadki, a osobliwie ostatni, uważać za uwieńczone dobrym rezultatem i będę bardzo zadowolonym, jeżeli one potrafią nakłonić i innych kolegów do liczniejszych doświadczeń pod tym względem aby w jak najkrótszym czasie można było coś pewnego postanowić co do wskazań i skuteczności téj tak ponętnéj terapii.

Pierwszy mój przypadek (panna Hildegarda Z.) wykazuje dokładnie, że naciąganie sprowadza ulgę na czas dłuższy i to ulgę szybką i znaczniejszą niż to może zrobić każdy inny środek współrzędny, lecz przypadek ten wykazuje również, że nie trzeba się już wszystkiego od jednorazowego naciągnięcia spodziewać, ale z czasu tego korzystać i daléj stan ten starać się utrzymać za pomocą słabszych lecz za to często używać się dających środków, jakiemi są wymienione już tylekroć: prąd stały, massowanie, kąpiele, może i metaloterapija itp. Zapewne, gdyby można co pewien czas nerwy naciągać, sprawy te możeby i prędzéj dały się leczyć, wątpię jednakże, czy znajdzie się lekarz, któryby się podjął a pacyjent, któryby sobie pozwolił, co kilka tygodni zadawać rany. Dla tego też w ostatnim przypadku *(tabes dorsalis)* nie zostawiliśmy chorego w téj błogiéj nadziei, że ulga pozostanie trwałą bez wszystkiego, lecz poleciliśmy mu jak najpilniejsze leczenie galwaniczne celem podtrzymywania tego dobrego stanu.

Teraz jeszcze słów parę o przypadach towarzyszących naciąganiu nerwów, mianowicie o zmianie typu oddychania i tętna, na które zwrócił uwagę pierwszy Langenbuch, jak również wahanie źrenicy, które spostrzegł prof. Domański podczas jednéj z moich operacyj.

Świadczą one, równie jak i w czwartym przypadku po dwakroć spostrzegane zatrzymanie moczu, o bardzo znacznym wpływie naciągania nerwów na ośrodki odruchowe, gdyż tylko w ten sposób dadzą się te objawy wytłumaczyć. Rozszerzanie się źrenic, w skutku podrażnienia bolesnego

zewnętrznego, znaném jest już od dawna, spostrzeżono je bowiem u ludzi poddawanych torturom obok wystąpienia gałki ocznéj ku przodowi. Sprawę tę badano także umiejętnie, a mianowicie należą tutaj doświadczenia Kl. Bernarda, Budgego, Foy, Schiffa i innych, którzy udowodnili, że drażnienie nerwów czuciowych lub tylnych sznurów rdzenia pacierzowego pociąga za sobą zwężenie tęczówki, zależne po części od kurczenia się mięśnia rozszerzacza źrenicy, a po części od stopnia napełnienia naczyń tęczówki, a więc od pobudzenia nerwów naczynioruchowych. Raehlmann i Witkowski zestawili wszystkie znane dotąd czynniki wpływające na wielkość źrenicy, jednak dodają, że one nie działają w czasie snu naturalnego lub sztucznego. Ztąd wniosek, że naciąganie nerwów musi być bodźcem znacznym, skoro zdoła wywrzeć wpływ na tęczówkę w czasie głębokiéj narkozy.

Oddawanie moczu jest, jak wiadomo, aktem ruchu zwrotnego (Budge, Landois) i zatrzymanie moczu, jeżeli nie pochodzi z przyczyn mechanicznych lub zupełnego przerwania przewodnictwa w rdzeniu pacierzowym, powstać może także przy zboczeniu działania woli jako hamulca odruchu żdziergacza cewki moczowéj, albo w skutek wzmocnionego odruchu tegoż. Skoro więc w naszym przypadku (czwartym, a podobne spostrzeżenia zrobił także Schüssler) po każdém naciąganiu nerwów mocz się zatrzymał, przypuścić możemy, że naciąganie to wywarło wpływ na ośrodek odruchowy. Wykazawszy w ten sposób wpływ naciągania nerwów na różne ośrodki odruchowe, usprawiedliwić możemy wniosek, że doznawać przytém muszą jakiegoś wpływu i ośrodki odruchowe przewodniczące wspólnym czyli skojarzonym ruchom (*coordinirte Bewegungen*), które w wiądzie rdzenia pacierzowego bywają upośledzone.

W końcu zastanowićby się wypadało nad tém, jakie stopnie siły użyć można podczas naciągania. Jedni radzą naciągać tylko tyle, aby nerw po naciągnieniu przedstawiał się w kształcie pętli (pół ósemki) przed raną sterczącéj. Do tych i ja się zaliczam, a wnosząc z moich przypadków łagodny ten sposób wystarcza w zupełności, témbardziéj, że i do tego potrzeba użyć bardzo znacznéj siły. Innym to nie wystarcza; podnoszą oni chorego na kilku swych palcach pod pętlę podłożonych dopóty, do póki nie uczują pewnego rodzaju zwolnienia oporu lub usunięcia się nerwu. Langenbuch uważa wystąpienie wolniejszego oddechu i tętna za kryteryjum dostatecznego naciągnienia. I tu więc mamy jeszcze szerokie pole do doświadczeń.

IV. O wycinaniu okręgowém kawałków jelita z następném zeszyciem obu odcinków. (*Enterorrhaphia*).

Przez Dra Rydygiera.

Wykład kliniczny miany w streszczeniu na III Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie 1881 r.

(Dokończenie. Patrz Nr. 43).

B) Okręgowe wycięcie kawałka jelita z następném zeszyciem odcinków w zgorzeli uwięzgniętéj przepukliny.

1) Kocher (*Correspbl. f. schw. Ärzte* 1878, Nr. 5.— *C. f. Chir.* 1878, pag. 512.— *Verhandl. d. Dt. Ges. f. Chir.* VII Congr. 1878, pag. 129.— *Virch.-Hirsch. J. B.* p. 432)—kobieta lat 45 licz.—operowana 26 listopada 1877.—Wskazanie: Zgorzel uwięzgniętéj przepukliny udowéj lewego boku w 1 dzień po herniotomii. — Zaciśnięcie jelita niepodane.— Zeszyte jelito odprowadzono. — Przetoka jelitowa 8 dnia. — Wynik: wyzdrowienie.

2) Küster (*Verhandl. d. D Ges. f. Chir.* VIII Congr. 1879, pag. 83)—wiek niepodany. — Wskazanie: zgorzelinowa przepuklina. — Zeszyte jelito odprowadzono.—Przebieg z początku dobry, nagle 2 dnia upadek sił i śmierć.—Wynik: † 2 dnia z zapalenia otrzewny z przedziurawienia; kilka szwów puściło.

3) Küster (tamże)—rodzaj i wiek nie podano.—Wskazanie: Zgorzelinowa przepuklina. — Oderwany koniec zamknięto długą nitką. — Zeszyte jelito odprowadzono. — Zaraz przy operacyi przy wyciąganiu jelita pęknięcie i wydostanie się kału do jamy brzusznéj. — Wynik: † z zapalenia otrzewny gnilnego.

4) Küster (tamże)—rodzaj i wiek niepodane.—Wskazanie: Wewnętrzne uwięzgnięcie od 8 dni, jelito cienkie w długości 1 stopy wpochwione i zgorzelinowe; całe otoczenie także zgorzelinowe.—Wynik: † w kilka godzin po operacyi z zapalenia otrzewny gnilnego. Błona surowicza przy kilku szwach pęknięta. Kał wydostał się.

5) Billroth (tamże str. 85) — rodzaj i wiek niepodane.—†.

6) Wölfler (tamże str. 85) — rodzaj i wiek nie podane.—†.

7) Nicoladoni (*W. med. Blätter* 1879, Nr. 6 i 7.— *Centralbl. f. Chirurgie* 1879, p. 775.— *Virch.-Hirsch. J. B* p. 424) — rodzaj i wiek niepodane.—Wskazanie: Uwięzgnięta zgorzelinowa przepuklina.—Zaciśnięcie jelita dwoma kleszczykami do polipów, których ramiona pociągnięto sączkami.— Szwy Lemberta.—Szyto karbolizowanym jedwabiem. — Jelito odprowadzono. Sączek aż do otworu przepuklinowego.—5 dnia wypłukanie wodą, ponieważ brzuch napięty; stolec. Następne 4 dni przetoka kałowa, poczém się rana zagoiła prędko. — Wynik: wyzdrowienie.

8) Lücke (*D. Z. f. Chir.* XII. 3 opisany przez Sonnenberga, przypadek piąty)—kobieta l. 54 licz. — operowana w sierpniu 1878. — Zaciśnięcie palcami asystenta.—Długość wyciętego kawałka 6 cm. — Żadnéj różnicy światła. — Wpochwienie podług Rahmdohra z dodatkiem szwów peritonealnych. — Zeszyte jelito odprowadzono. — Upadek sił.—Wynik: †. w kilka godzin po operacyi z zap. otrzewny, zwężenie w miejscu wpochwienia w skutek zrostu odcinków.

9) Kocher (*Bull. de la Suisse rom.* Mai 1880.— *C. f. Chir.* 1880, p. 465.) — rodzaj i wiek niepodane Wskazanie: Zgorzel po odprowadzeniu bardzo znacznéj przepukliny pachwinowéj.— Długość wyciętego kawałka 42 cm. — Zeszyte jelito odprowadzono. — Następnego dnia odeszły wiatry; stolec.—Wynik: wyzdrowienie.

10) Kocher (tamże) — kobieta l. 55 licz. — operowana 19 maja 1880. —Wskazanie: Zgorzel od 2 dni uwięzgniętéj przepukliny udowéj prawego boku (*Hernia Littrica*). —Zaciśnięcie jelita dwoma kleszczykami (2 wielkie kleszczyki podług większego modelu Billrotha). —Długość wyciętego jelita 11 cm. — Nie było różnicy światła.—Szwy Lemberta i szwy pomocnicze tylko przez błonę surowiczą przechodzące. — 8 szwów Lemberta i kilka szwów pomocniczych. — Zeszyte jelito odprowadzono. — 3 dnia wiatry odeszły, temperatura z początku prawidłowa, późniéj od 6 dnia podwyższona, tętno zawsze szybkie. — Wynik: † po 2 dniach na zgorzel jelita w długości 10 cm. i w skutek ropnia kałowego na miejscu zeszytém.

11) Hagedorn (*Verh. d. Deut. Gesellschaft f. Chir.* IX Congress 1880, p. 61)—kobieta l. 58 licz.—operowana 23 września 1879.—Wskazanie: od 26 godzin uwięzgnięta zgorzelinowa przepuklina udowa.—Prowizoryczna podwiązka silnym katgutem powyżéj i poniżéj wyciąć się mającego kawałka.—Długość wyciętego kawałka 16 cm.—Szew Lemberta.—Szyto cienkim katgutem.—Szwy blizko siebie założone.—Zeszyte jelito odprowadzono.—Od 5 dni przetoka jelitowa.—Wynik: wyzdrowienie po dłuższym czasie w ciągłéj kąpieli.

12) Hagedorn (tamże) — kobieta lat 40 licz.—operowana 21 listopada 1879—Wskazanie: Od 9 dni uwięzgnięta zgorzelinowa przepuklina udowa.—Prowizoryczna podwiązka.—Wyrównanie różnicy mechanicznem naciągnięciem dolnego odcinka.—Szwy Lemberta.—Szyto grubym katgutem.—Zeszyte jelito odprowadzono.—Dnia 6 przetoka kałowa.—Wynik: wyzdrowienie.

13) Ludvik (*Wien. med. Presse* 1880, Nr. 23.—*C. f. Chir.* 1880, p. 512)—rodzaj i wiek niepodane.—Wskazanie: Od 5 dni uwięzgnięta zgorzelinowa przepuklina udowa.—Długość wyciętego kawałka 10—12 cm.—Nie wspomniano o różnicy światła.—Dolny brzeg rany wgłębiony i na górny wsunięto, szwy węzełkowe.—Szyto katgutem Nr. 1.—20 szwów węzełkowych.—Zeszyte jelito odprowadzono.—Wynik: wyzdrowienie po 4 tygodniach.

14) Hensner w Bremie (*Dt. med. Wochenschrift* 1880, p. 558, opisany przez Alę)—rodzaj i wiek niepodane.—Wskazanie: od 8 dni uwięzgnięta zgorzelinowa przepuklinowa pachwinowa.—Długość wyciętego kawałka 10cm.—Wynik: † dnia następnego, zap. otrzewny z przedziarawienia.

15) Czerny (*Berl. kl. Wochenschr.* 1881, Nr. 45, 48, p. 637 i 683)—kobieta lat 43 licz.—operowana 7 maja 1878.—Wskazanie: od 3 dni uwięzgnięta zgorzelinowa przepuklina udowa l. boku.—Zaciśnienie jelita palcami.—Długość wyciętego kawałka 10 cm. z wypukłéj, 5½ cm. z wklęsłéj strony.—Nie wspomniano o różnicy światła.—Szew Czernego.—Szyto jedwabiem.—Ilość szwów 24.—Zeszyte jelito odprowadzono.—Pierwszéj nocy wiatry, 8 dnia stolec.—Wynik: wyzdrowienie.

16) Czerny (tamże)—kobieta lat 49 licz.—operowana 5 października 1880.—Wskazanie: Uwięzgnięta przedziałowa (*interstitialis*) przepuklina pachwinowa pr. boku z podwójnym workiem przepuklinowym — Zaciśnięcie palcami.—Długość wyciętego kawałka 5—6 cm.—Szew Czernego.—Szyto jedwabiem.—Tylko pierwszy rząd założono.—Wynik: † w skutek wypłynięcia kału w czasie operacyi.

17) Billroth (*W. med. Wochenschr.* 1881, Nr. 5, opisany przez Wittelshöfera)—kobieta wiek niepodany—operowana 13 czerwca 1880.—Wskazanie: od 2 dni uwięzgnięta przepuklina l. boku.—Ucisk.—Długość wyciętego kawałka 15 cm.—Dwurzędowy szew (szwy jelitowe i daléj chwytające szwy piętrowe).—Ilość szwów 25.—Zeszyte jelito odprowadzono.—Zimny pot; utrudniony oddech.—†. Treść jelita wydostała się prawdopodobnie przed wycięciem do jamy brzusznéj przy wyciąganiu pętli.

18) Billroth (tamże)—mężczyzna l. 52 licz.—operowany 20 listopada 1880.—Wskazanie: skręcenie jelita koło osi powyżéj przejścia jelita krętego w kiszkę ślepą i zgorzel.—Długość wyciętego kawałka 2½ cm.—Szew Lemberta.—Szyto jedwabiem.—Ilość szwów 18.—Zeszyte jelito odprowadzono—5 godzin po operacyi upadek sił; poprzednio stolec.—Wynik: † na zapalenie otrzewny istniejące już przed operacyją.

19) Bryk (Przegląd Lekarski 1881, Nr. 22 i 23 opisany przez Dra Schramma)—kobieta l. 36 licz.—operowana w kwietniu 1879.—Wskazanie: od 10 dni uwięzgnięta zgorzelinowa przepuklina udowa. Pęknięcie.—Długość wyciętego kawałka przeszło 12 cm.—Szew Lemberta.—Zeszyte jelito odprowadzono.—Wynik † śmierć w kilka godzin po operacyi.

20) Bryk (tamże)—mężczyzna l. 29 licz.—operowany 11 listopada 1880.—Wskazanie: zgrzelinowa uwięzgnięta zewnętrzna przepuklina pachwinowa prawego boku.—Zaciśnięcie jelita kleszczykami, których ramiona pokryto rurkami gumowemi.—Długość wyciętego kawałka 12 cm.—Szew Lemberta.—Zeszyte jelito odprowadzono.—Przez 7 dni wymioty. Dnia 7 stolec. Upadek sił. Kaszel.—† na zapalenie płuc i zatrucie kwasem karbolowym.

21) Roggenbau (Trendelenburg) (*Berl. klin. Woch.* 1881, Nr. 29)—kobieta l. 74 licz.—operowana w lutym 1881.—Wskazanie: zgorzelinowa uwięzgnięta przepuklina udowa pr. boku.—Uciśnienie palcami tak otworu przepuklinowego jakoteż jelita.—Szew Czernego.—Szyto niegotowanym tylko ¼ godziny w 4% karbolu leżącym jedwabiem.—11 szwów w pierwszym rzędzie, 10 w drugim.—Zeszyte jelito odprowadzono.—Zupełnie bez oddziaływania. Stolec dnia 5.—Wynik: Wyzdrowienie.

22) Juillard (*Centr. f. Chir.* 1881, Nr. 34 Ref.—*Revue méd. de la Suisse romande* 1881, Nr. 6)—rodzaj i wiek niepodane.—Wskazanie: uwięzgnięta przepuklina zgorzelinowa jelita.—Długość wyciętego kawałka 15 cm.—Wyrównanie różnicy przez wgłobienie. Najprzód 4 katgutowe szwy Lemberta 1 cm. od brzegu w równych odstępach; przy wiązaniu każdego szwu dolny odcinek na tem miejscu wgłobiono, a górny wsunięto w niego. Potem 9 katgutowych szwów Lemberta na cały obwód rozdzielono.—Szyto katgutem.—Ilość szwów 13.—Przebieg dobry, (stolec po 8 dniach).—Wynik: wyzdrowienie.

23) Karol Jaffe (*Volkmanns Sammlung kl. Vorträge* Nr. 201)—kobieta l 52 licz.—operowana 28 marca 1881.—Wynik: uwięzgnięta zgorzelinowa przepuklina Littrego.—Prowizoryczna podwiązka.—Długość wyciętego kawałka 12 cm.—Różnicę zrównano przez skośne ścięcie węższego odcinka.—Szew Czernego.—Szyto katgutem.—24 szwów (10 szwów śródjelicia). Zeszyte jelito odprowadzono.—Przebieg pomyślny Po 4 dniach stolec.—Wynik: wyzdrowienie.

24) Rydygier (powyżéj)—kobieta l. 58 licz.—operowana 15 czerwca 1881.—Wskazanie: zgorzelinowa od 3 dni uwięzgnięta przepuklina udowa l. boku.—Zaciśnięcie uciskadłami elastycznemi.—Długość wyciętego kawałka 54 cm.—Nie było różnicy światła.—1 rząd kuśnierski odpowiadający 1 rzędowi szwu Czernego; 2 Lemberta szwy.—Szyto katgutem.—1 szew kuśnierski; 26 szwów Lemberta.—Zeszyte jelito odprowadzono.—Znacznie podwyższona ciepłota. Tętno liczne, słabe. Wymioty. Stolec po wypłukaniu wodą.—Wynik: † po 20 godzinach na zapalenie otrzewny; przedziurawienia nie ma.

25—28) Obaliński.—Wynik: 4 †.

29) Korzeniowski.—Wynik: 1 †.

30) Kosiński.—Wynik: 1 †. (O tych przypadkach dowiedziałem się na Zjeździe w Krakowie).

31) Weiss (łaskawe doniesienie kol. Dra Michla)—kobieta lat 47 licz.—operowana 20 maja 1881.—Wskazanie: uwięzgnięta, przedziurawiona przepuklina udowa pr. strony.—Prowizoryczna podwiązka.—Długość wyciętego kawałka 10 cm.—Wpochwienie górnego odcinka w założony dolny.—Szwy Lemberta i powierzchowne szwy węzełkowe.—Szyto cienkim

karbolizowanym jedwabiem.—10 szwów Lemberta, 12 szwów powierzchownych węzełkowych.—Zeszyte jelito odprowadzono.—W pierwszych dniach po operacyi ciepłota niepodwyższona. Wydęcie i bolesność żywota. Później utworzyła się przetoka kałowa. — Wynik: † po miesiącu na wycieńczenie sił. Otwór tuż po nad szwem, rana zeszyta dokładnie zrośnięta.

C) Okręgowe wycięcie kawałka jelita z następném zeszyciem odcinków w złośliwych nowotworach jelita

1) Reybard (de Lyon) *(Bull. de l'Académie med.* t. IX. 1843. — *Bull. et Mémoires de la Société de chir.* 1881. Nr. 2)—mężczyzna l. 16 — operowany 2 maja 1833 — Wskazanie: rak kiszki zagiętéj (*S. romanum*).—Długość wyciętego kawałka 10 cm. z okrężnicy zstępującéj.—Zmieniony szew kuśnierski. — Wynik: wyleczenie po 38 dniach. † po 10 miesiącach.

2) Thiersch (*Verhandl. d. D. Ges. f. Chir. VII Congr.* p. 127)—mężczyzna l. 52 licz —operowany 21 czerwca 1875.— Wskazanie: zwężenie kiszki zajętéj w skutek nowotworu składającego się z tkanki gruczołowéj i bliznowatéj tkanki łącznéj. — Szew Lemberta. — Zeszyte jelito odprowadzono.— W czasie operacyi wydostał się kał do jamy brzusznéj.— Wynik: † po 12 godzinach w skutek gnilnego zapalenia otrzewny.

3) Gussenbauer (tamże p. 79) — mężczyzna l. 42— operowany 8 grudnia 1877.—Wskazanie: rak okrężnicy zstępującéj od 9 miesięcy istniejący. — Ucisk palcami.—Długość wyciętego kawałka 6—8 cm. —Po części zmieniony szew Lemberta, po części szew ósemkowaty Gussenbauera.—Szyto jedwabiem.—Zeszyte jelito odprowadzono.—W czasie operacyi wydostał się kał do jamy brzusznéj. Osączenie. — Wynik: † w 15 godzinach.

4) Baum *(Centr. f. Chirurgie* 1879, p. 169) —mężczyzna l. 34 licz.— operowany 13 stycznia 1879. — Wskazanie: rak okrężnicy wstępującéj. Poprzednio (6, XII 78) zrobiono przetokę kałową. — Zaciśnięcie jelita długiemi kleszczykami (*Schieberpincette*).. — Długość wyciętego kawałka 8 cm. — Wyrównanie różnicy światła przez utworzenie wstawek (*Zwickel)* przy szerszém świetle. — Szew ósemkowy Gussenbauera. — Szyto jedwabiem Czernego. — W czasie operacyi z pękniętego miejsca wypłynęło cokolwiek kału. Późniéj utworzyła się przetoka kałowa.—Wynik: † 9 dni po operacyi.

5) Czerny *(Berl. klin. Wochenschrift* 1880, Nr. 45 i 48) — kobieta lat 47 licz. —operowana 27 kwietnia 1880. — Wskazanie: rak okrężnicy poprzecznéj i kiszki zagiętéj. — Zaciśnięcie rurkami kauczukowemi grubości pióra kruczego.— Długość wyciętego kawałka 7 cm. z kiszki zagiętéj i $11\frac{1}{2}$ cm. z okrężnicy.—O różnicy światła nie wspomniano.—Dwurzędowy szew Czernego.—Szyto jedwabiem przeciwgnilnym.— 33 szwów Czernego na kiszce zagiętéj, 26 szwów Czernego na okrężnicy. – Zeszyte jelito odprowadzono — Przetoka kałowa od 8—26 dnia.—Wynik: wyleczenie. † w skutek recydywy po 6 miesiącach i 11 dniach.

6) Kraussold *(Volkmanns Sammlung kl. Vorträge* Nr. 191.—*Centr. f. Chir.* 1881, Nr. 12) — mężczyzna lat 62 licz.—operowany w kwietniu 1879. — Wskazanie: rak zastawki biodro-kątniczéj z przetoką. — Zaciśnięcie kleszczykami Hegara do szypułek torbieli jajnikowych, których końce pokryto miękkim karbolizowanym filcem.—Nie było żadnéj różnicy światła.—Lemberta szew jelitowy. – Szyto jedwabiem.— Ilość szwów niepodana. — Zeszyte jelito odprowadzono. — Wynik: † $2\frac{1}{2}$ godziny po operacyi w skutek upadku sił.

Do tych przypadków możnaby doliczyć następne trzy, jakkolwiek w tych razach nie założono szwu jelitowego, lecz zrobiono nieprawidłowy otwór odchodowy.

7) Schede *(Verh. d. deut. Ges. f. Chir. VII Congr.* pag. 126)—rodzaj i wiek niepodane.—Wskazanie: rak okrężnicy zstępującéj. — Zaciśnięcie tymczasową podwiązką. — Odcinków nie można było połączyć, gdyż bardzo wielki kawał jelit wycięto.—Wynik: † następnego dnia. Brak zapalenia otrzewny.

8) Martin (*Zeitschrift f. Heilkunde* 1880, Bd. I opisany przez Gussenbauera. — *Centr. f. Chir.* 1881, p. 846)— mężczyzna lat 46 licz.—operowany 9 listopada 1879.—Wskazanie: rak kiszki zagiętéj.—Zaciśnięcie klamrą podaną przez Martiniego. Dolny odcinek wpochwiono, zaszyto i zagłębiono.—Długość wyciętego kawałka 9 cm. ze strony wypukłéj, 5 cm ze strony wklęsłéj.—Przebieg pomyślny.—Wynik: wyleczenie o ile słyszałem od pewnego lekarza z Hamburga trwało aż do kongresu londyńskiego.

9) Billroth (*Wien. med. Wochenschrift* 1881, Nr. 7) mężczyzna, wiek niepodany — operowany 1 lipca 1880. — Wskazanie: rak kiszki zagiętéj.—Ucisk.—Długość wyciętego kawałka 22 cm.—Dolny odcinek podwiązany zagłębiono, górny zaś wszyto w dolny kąt rany brzusznéj. — Wynik: † rano dnia następnego.

D) Okręgowe wycięcie kawałka jelita z następném zeszyciem odcinków w zrośnieniach, obrażeniach i zwężeniach jelita.

1) Billroth *(Centr. f. Chir.* 1879, p. 544.— *Wien. med Wochenschr.* 1879, Nr 1)—kobieta, wiek niepodany.—Wskazanie: podczas wycięcia jajnika powstało przy odłączeniu zrostów przedziurawienie jelita *(Darmdefect)*.—Wynik: wyleczenie.

2) Madelung *(Berl. klin. Woch.* 1881, Nr. 6) — kobieta l. 32 licz. — operowana 25 października 1880.—Wskazanie: Przy wyłuszczeniu tłuszczaka opuchłego z śródjelicia pękło jelito cienkie. — Zaciśnięto jelito prowizorycznie założoną podwiązką powyżéj i poniżéj pęknięcia, późniéj w czasie zakładania szwu palcami, poprzednio wycięto obustronnie po 1 cm. jelita, aby bruzdy od ucisku powstałe oddalić. — Długość wyciętego kawałka 10 cm. — Wpochwienie podług Joberta i Ramdohra.—Szyto katgutem.—5 szwów węzełkowych i kilka szwów pomocniczych powierzchownych.— Zeszyte jelito odprowadzono. — Z początku wymioty. Drugiego dnia odeszły wiatry. Szóstego dnia pierwszy stolec. Późniéj kilka razy wymioty i wzdęcie.—Wynik: wyleczenie.

Do tych przypadków można dodać przypadek Koeberlego, jakkolwiek tutaj odcinków nie zeszyto.

3) Koeberle *(Bulletins et Mémoires de la Société de Chir. de Paris* t. VII l. 2 1881, p. 99)—kobieta l. 22 licz.— operowana 27 listopada 1880.—Wskazanie: 4 zwężenia jelit po ropném zapaleniu gruczołów Peyera.—Zaciśnięcie dwiema podwiązkami.—Długość wyciętego kawałka 2 metry.—Utworzenie nieprawidłowego otworu odchodowego.—Przebieg niezakłócony.—Wynik: wyleczenie.

V. Oceny i sprawozdania.

Dr. Presl: **Die Prophylaxis der übertragbaren Infectionskrankheiten.** Wien u. Leipzig 1881, Urban et Schwarzenberg, in 8vo str. 147.

Autor jest lekarzem powiatowym w Czechach i znany

już z kilku prac policyjno-lekarskich bardzo dobrych, jak np. z dziełka o oględzinach zwłok i cmentarzach, ocenionego przez nas w Nrze 17 Przeglądu Lek. z r. 1878. Dziełko niniejsze nie jest prostém zestawieniem obowiązujących przepisów, lecz formalnym wykładem o zapobieganiu chorobom zakaźnym na podstawie i z uwzględnieniem wszystkich przepisów w państwie austryjackiém obowiązujących, tak dawniejszych jako i nowszych, oraz z porównawczym poglądem na przepisy w innych państwach wydane.—Po wstępie historycznym rozprawia autor o zadaniu ustawodawstwa sanitarnego, o przyczynach powstania i przenoszenia się chorób zakaźnych, o szczepieniu ochronném, o obowiązku lekarza donoszenia o przypadkach chorobowych, o odosabnianiu i przewożeniu chorych, o desinfekcyi, o postępowaniu ze zwłokami ludzi zmarłych z chorób zakaźnych, o opiece nad ubogimi podczas panujących epidemij, o zadaniu i obowiązkach lekarzy wysłanych na miejsce, — wszędzie podając odnośne przepisy, instrukcyje a nawet formularze, — słowem, wszystko co tylko lekarza obchodzić może, i to tak lekarza praktycznego jak i publicznego, jest starannie zestawione, objaśnione i poparte bądź przepisami, bądź praktycznemi wskazówkami, jak np. uskutecznienie desinfekcyi. Jeżeli jeszcze dodamy, że autor korzystał z prac nowszych, rzucających nowe światło na wiele zagadnień, jak np. z prac Pasteura, Nägelego, Buchnera itd., to zbyteczna dowodzić, że dziełko w mowie będące, pomimo że jest tylko zręczną kompilacyją, będzie bardzo użyteczném dla każdego lekarza, chcącego w krótkim czasie zapoznać się z ustawodawstwem sanitarném, do chorób zakaźnych odnoszącém się, a tém bardziéj dla lekarza, który piastuje urząd publiczny a podczas epidemii powołany jest do działania na korzyść zagrożonego społeczeństwa. *L. B.*

Buchner: **Skutki dwoinek w ustroju żywym.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 43).

Jak dalsze uwzględnianie lokalizacyi w chorobach zakaźnych pomaga odgadnąć proces, który się w nich odbywa, widzimy na tych cierpieniach, w których przyrzut umiejscawia się w dostępnych badaniu powłokach powszechnych. Za przykład niech posłużą zmiany w ustroju ludzi w czasie zaszczepienia im ospy krowiéj. W ospie ludzkiéj naturalnéj, zwanéj prawdziwą, nie wątpi nikt, że skóra jest miejscem, gdzie się przyrzut rozmnaża. Dostawszy się do ustroju rozchodzi się takowy wszędzie za pośrednictwem krwi krążącéj, wszędzie atoli napotyka glebę dla siebie niekorzystną (tkanki nieprzystępne) z wyjątkiem powierzchownych warstw skóry właściwéj. Tu się przyjmuje i poczyna się mnożyć, aby po upływie mniéj więcéj 14 dni zdradzić swe istnienie ograniczonemi ogniskami zapalnemi w formie chrost. Chociaż zaś przyrzut dostał się niewątpliwie do skóry, przecież chrosty nie powstają w każdém jéj miejscu, lecz pozostają większe i mniejsze odstępy skóry niezajętéj. Te miejscowe różnice byłyby niepojętemi, gdyby skóra zachowywała się jak martwa rola: wtedy bowiem posiew musiałby wszędzie jednako się przyjąć i jednakie wydać owoce. Lecz że rola jest żywą, więc istnieją w niéj wpływy, wstrzymujące rozwój przyrzutu. Że zaś siła jego żywotna ma także swoje granice, przeto zależeć będzie od okoliczności (szczególniéj zapewne od nierównego dowozu przyrzutu ze strony krwi), czy w pewném miejscu skóry zwycięży dążność rozwojowa przyrzutu, lub wpływy sprawiające jego zmarnienie. Fakt późniejszéj nieprzystępności dla przyrzutu wskazuje, że granicę, nie przekraczalną dla rozwoju przyrzutu, stanowi pewna zmiana w tkance, bliżéj nam nie znana, natury odpornéj. Jeśli zmiana ta prędzéj się pocznie rozwijać, niż działanie przyrzutu się wzmoże wskutek jego rozmnażania: to przyrzut, mając coraz gorsze warunki bytu, musi w końcu zmarnieć. Skóra zaś w tém miejscu, acz na oko nie okaże żadnéj zmiany, będzie jednak zmienioną: staje się nieprzystępną dla przyrzutu.

Nieprzystępność więc dla przyrzutu odpowiedniego, jaką człowiek okazuje po przebyciu ospy, polega nie na jakowémś przeobrażeniu wszystkich jego komórek, jak głosi pospolite mniemanie, lecz na zmianie téj części ustroju, która dla rozwoju przyrzutu ospowego jest korzystną, to jest pewnych warstw skóry właściwéj. Swoistość zaś zmiany polega na miejscu jéj dokonania a nie na jéj jakości Ta nawet, rzec można, jest dla sprawy obojętną. Rozchodzi się bowiem tylko o to, aby skutkiem jéj była zmniejszona zdolność tkanki do rozwoju przyrzutu czyli, innemi słowy, powiększona jéj odporność. Przeobrażenie zaś tkanki w tym kierunku można sobie przedstawić w różny sposób: np. gdyby górna warstwa skóry zbliżyła się w swéj właściwości fizyjologicznéj do reszty tkanek ustrojowych lub choćby tylko do własnych warstw głębszych, jużby była nieprzystępną dla przyrzutu ospowego. Swoistość więc zmian sprawionych w ustroju przez różnorodne choroby zakaźne, a znanych pod nazwą nieprzystępności dla pewnego przyrzutu *(immunitas)*, polega nie na odmiennném w każdéj chorobie przeobrażeniu całego ustroju (przypuszczenie, które w obec tylu chorób zakaźnych wiodłoby do wyobrażeń niesłychanie skomplikowanych), jeno na miejscowości, gdzie się zmiana dokonała.

Jeżeli słusznem jest powyższe pojęcie sprawy chorobowéj, jaka się odbywa w ospie prawdziwéj, natedy muszą uledz zmianie wyobrażenia nasze o sposobie działania krowianki. Takowy bowiem w istocie swéj podpada pod te same kategoryje. Zbadanie zaś działania krowianki jest o tyle łatwiejszém, że je można poddać doświadczeniu naukowemu a za pomocą tegoż sprawdzić teoryję, wyżéj wyłuszczoną. Otóż w ustroju ludzkim, zaszczepionym krowianką, rozpłód przyrzutu odpowiedniego nie może się odbywać tylko w samém miejscu szczepienia, tak samo jak mnożenie się przyrzutu ospy prawdziwéj w przypadkach, gdzie takowy był sztucznie zaszczepionym. Że w ostatnim razie rzeczy się tak a nie inaczéj mają, świadczy fakt tożsamości ospy prawdziwéj, sztucznie szczepionéj a poniewolnie nabywanéj. A przecież w ostatniéj rozpłód przyrzutu nie ma żadnéj miejscowéj siedziby. Okolica, którą się przyrzut dostał do ustroju w ospie naturalnéj, jest więc obojętną dla sprawy jego rozmnażania się: tak samo też być musi i w ospie krowiéj szczepionéj. Wniosek powyższy stwierdzają wstrzykiwania podskórne krowianki, czynione dla doświadczenia zwierzętom. Wstrzykiwania nie czyniły żadnéj zmiany na miejscu szczepienia, a mimo to sprawiały w ustroju skutki przebytéj ospy *(Durchseuchung)*. — Gdzie jest więc owo miejsce w ustroju, gdzie się przyrzut ospy krowiéj rozmnaża? W myśl, podanych wyżéj, wyobrażeń o procesie, zachodzącym w ospie prawdziwéj, miejscem rozmnażania się przyrzutu w ospie krowiéj nie może być nic innego jak pewne warstwy skóry całéj. Do takiego przypuszczenia zniewala nas wzajemna ochrona dwóch powyższych chorób, którąby inaczéj pojąć się nie dała. Że przyrzut ospy krowiéj nigdzie się w skórze tak dalece

nie rozmnaża, aby sprawić zmiany zapalne, przyczyna tego zjawiska tkwi w sile żywotnéj przyrzutu, która jest mniejszą niż w ospie prawdziwéj. Dla tego cała skóra zachowuje się w ospie krowiéj szczepionéj tak samo jak odstępy jéj, wolne od wysypki, w ospie prawdziwéj. Jeśli się zaś zdarzy, jak to w rzadkich przypadkach bywa, że siła żywotna przyrzutu w szczepionéj krowiance jest z przyczyn nam nieznanych znaczniejszą niż pospolicie: natedy powstaje wysypka zwana *vaccinola*. Zwykle atoli chrosta powstaje tylko tam, gdzie znaczniejsza ilość przyrzutu zastępuje w działaniu jego mniejszą siłę żywotną, to jest na miejscu szczepienia.

Przyrzut ospy krowiéj mnoży się więc nie tylko na miejscu szczepienia, lecz równocześnie i w całéj skórze. Jeśli zapatrywanie powyższe jest prawdziwém, to powinnyby objawiać się w skórze zmiany poczynającego zapalenia. W istocie istnieją doświadczenia, które tego dowodzą, tłumaczenie ich atoli było dotąd mylném z braku przewodniéj teoryi. Liczni badacze znajdowali zgodnie, że jeśli tę samą osobę szczepili kilkakrotnie w ciągu kilku po sobie następujących dni: późniejszym szczepionkom zbywało już na typowym, (3 dniowym) okresie utajenia, który poprzedza pojawienie się zmiany na miejscu wniknięcia przyrzutu. Miejsce to przeciwnie przyjmowało od razu kształt guzka, przeobrażenie zaś tegoż odbywało się w szczepionkach ze 6go dnia tak szybko, że już po upływie doby zamieniał się na pęcherzyk, który równocześnie ze wszystkiemi wcześniejszemi szczepionkami dojrzewał 8go dnia. Zaprawdę trudno o lepszy dowód na poparcie twierdzenia, że przyrzut rozmnaża się w całéj skórze, i że w całéj odbywa się sprawa chorobowa z cechą zapalną. Gdy bowiem krowianka, użyta do późniejszych szczepień, jest tą samą co w szczepieniach wcześniejszych, przeto różnica w objawach na miejscu szczepienia może tylko tkwić w tkance szczepionéj. Nadto wytworzenie się w czasie tak krótkim zapalenia skóry tak mocnego, że aż się chrostą objawia, sprzeciwiałoby się wszelkiemu doświadczeniu patologicznemu. Cała zaś trudność tłumaczenia odpada, skoro przypuścimy, że tkanka znajdowała się już na drodze do stanu zapalnego. Im daléj w nim się posunęła w czasie między 2gim a 6tym dniem od pierwszego zaszczepienia, tém łatwiéj dowóz większéj ilości przyrzutu mógł proces zapalny rozniecić. Chcąc zresztą zapatrywanie powyższe na umiejscowienie przyrzutu w ospie krowiéj stwierdzić namacalnie, wypadałoby powyższe doświadczenie ze szczepieniem krowianki zmienić w tym kierunku, żeby część skóry, gdzie się odbyło pierwsze szczepienie, wyciąć dokładnie drugiego dnia, i tym sposobem usunąć możność rozmnażania się przyrzutu w samém miejscu szczepienia. Poczém należałoby szczepić ponownie 5go lub 6go dnia. Wtedy widzielibyśmy w szczepionkach ostatnich taki sam pośpieszny rozwój chrosty, jak gdyby istniały równocześnie chrosty, pochodzące z pierwszego szczepienia. Zresztą ani wątpić, że się uda, utajoną sprawę rozmnażania się przyrzutu krowiankowego w skórze całéj stwierdzić, wprawdzie nie drobnowidem, lecz pomyślném szczepieniem wyciętych kawałeczków skóry.

(Ciąg dalszy nastąpi)

Dr. Różański (Lwów).

Guttmann i Smidt: Częstość i znaczenie przybłonków pęcherzyków płucnych w plwocinie.

Odkąd wykazano stanowczo, że pęcherzyki płucne wyścielone są przybłonkiem, pojawianie się tego ostatniego w plwocinie nabrało pewnego znaczenia. W jakich warunkach patologicznych występują w plwocinie przybłonki pęcherzyków płucnych, jak często, w jakich formach zwyrodnienia, jakie ich znaczenie rozpoznawcze: oto pytania, któremi się zajmują Guttmann i Smidt w osobnéj rozprawie. W tym celu badano plwocinę prawie 200 chorych, ogółem przeszło 1000 razy.

Dla lepszego uwydatnienia poszczególnych tworów komórkowych w plwocinie posługiwano się zabarwieniem ich za pomocą metylanilinu (1 : 1000 wody).

W plwocinie pojawiają się przybłonki pęcherzyków płucnych w postaci tworów sferycznych, nigdy zaś w kształcie jednolitych błonek, jak to widzimy na preparatach wziętych ze zwłok. Sferyczne te przybłonki, bardzo często prawie owalne, posiadają własności tak charakterystyczne, że od wszelkich innych tworów komórkowych odróżnić je łatwo. Średnica ich jest 2—4 razy większą niż białych ciałek krwi. Samą więc wielkością odróżniają się od innych komórek. Innemi cechami ich charakterystycznemi są: treść barwikowa i pewne zmiany wsteczne (zwyrodnienia).

Barwik zawierają przybłonki pęcherzyków płucnych bardzo często. Jest on najczęściéj brunatnoczarny lub zupełnie czarny, w ziarnkach rozmaitéj wielkości i postaci. Niekiedy cała komórka przybłonkowa wypełniona jest do tego stopnia ziarnkami barwikowemi, że zakrywają zupełnie jéj pierwoszczę, czasami zaś ziarnka te rozrzucone są w właściwéj treści komórkowéj. Jądro bywa zupełnie bezbarwne, często pośród wielkiéj ilości barwika niedostrzegalne. Żadne inne przybłonki przyrządu oddechowego nie zawierają barwika w ilości tak znacznéj albo nie zawierają go wcale. Wszystek barwik płuc jest pyłem węglowym z powietrza, jak to dziś większa część autorów przypuszcza, przybłonki pęcherzyków płucnych zawierają go zaś najwięcéj, ponieważ najdłużéj stykają się z powietrzem wdychaném. Prócz tego przybłonki te, jako wykonywające ruchy ameboidowe a przytém miękkie i podatne, najłatwiéj wypełniają się barwikiem, podczas gdy przybłonki oskrzelów chronią się przed nim swemi migawkami, przybłonki zaś płaskie jamy ustnéj i strun głosowych są zbyt niepodatne.

Z tego wynika, że komórki większe, postaci sferycznéj, zawierające barwik, mogą być zawsze uważane, jako przybłonki pęcherzyków płucnych.

Co do zwyrodnień, jakie przedstawiają bardzo często przybłonki w mowie będące i któremi się również charakteryzują, to takowemi są: zwyrodnienie tłuszczowe, zwyrodnienie myelinowe, lub obydwa równocześnie.

Zwyrodnienie tłuszczowe przybłonków płucnych jest tak częstém, że każdy preparat mikroskopijny z plwociny zawierającéj przybłonki płucne okazuje także przybłonki tłuszczowo zwyrodniałe.

Prawie nie mniéj częstém jest zwyrodnienie myelinowe, które przybłonkom płucnym nadaje charakterystyczny połysk i kontury. Obok przybłonków myelinowo zwyrodniałych znajduje się zwykle także znaczna ilość ziarenek myelinowych, powstałych prawdopodobnie z rozpadłych przybłonków.

Niekiedy okazują się przybłonki płucne zwyrodniałe równocześnie tłuszczowe i myelinowe.

Odróżnienie zatém przybłonków pęcherzyków płucnych od innych tworów komórkowych domięszanych do plwociny nie jest trudném. Płaski przybłonek z jamy ustnéj

nie ma postaci sferycznéj lecz nieregularną (skutkiem małéj skłonności do pęcznienia), nie wyrodnieje nigdy myelinowo a rzadko tłuszczowo. To samo prawie tyczy się przybłonków strun głosowych.

Przybłonki wałeczkowe z błony śluzowéj krtani (z wyjątkiem strun głosowych), tchawicy i oskrzelów, acz kolwiek w plwocinie nie posiadają już migawek, różnią się wielce od przybłonków pęcherzyków płucnych.

Komórki limfoidalne, śluzowe, ropne mają również postać sferyczną, ale średnica ich wynosi zaledwie $^1/_3$—$^1/_4$ średnicy przybłonków płucnych.

Co do warunków, w jakich pojawiają się w plwocinie przybłonki pęcherzyków płucnych, to według postrzeżeń Gutmanna i Smidta plwocina wszystkich ludzi, których wiek przechodzi lat 30—35, także i zupełnie zdrowych, zawiera przybłonki płucne i to w różnych postaciach zwyrodnienia. U takich więc indywiduów nie mają one żadnego znaczenia patognostycznego, u osobników zaś młodszych pojawianie się ich w plwocinie jest już objawem patologicznym.

(Dokończenie nastąpi.)

M. Schüller (w Gryfii): **Wiadomość o zaczynnikach** *(mikrokokkos)* **w ostrém zakaźném zapaleniu szpiku kostnego.**

Autor stwierdza w jednym przypadku owéj jako *osteomyelitis infectiosa acuta* znanéj choroby całe kolonije kulistych prątków w kości, przykostnéj i w zropiałym stawie, podobnie jak to opisali Lücke, Klebs i Recklingshausen; nadto skreśla obraz stanu chrząstki na powierzchniach stawowych, dotąd jeszcze przez nikogo nie postrzegany. Na powierzchni chrząstki znalazł on bowiem małe otworki prowadzące w głąb do nasady kostnéj albo i daléj do okostny lub pod torebką stawową. Podobne kanaliki znachodziły się również i w chrząstce nasadkowéj. Badanie drobnowidowe wykazało, że zniszczenia te sprowadziły owe kolonije prątków kulistych. (*Centralblatt f. Chirurgie. 1881. Nr. 42. Orig. Mitthlg.*). *A. O.*

Wiadomości pomniejsze.

(?) E. Berg opisuje w *St. Petersburg. mediz. Woch.* Nr. 35 doświadczenia swoje co do skuteczności **wziewań azotu w chorobach płucnych.** B. używał przyrządu Schwabego-Waldenburga, 5—15%, obciążenie 10—20 funtów. Rezultaty były bardzo dobre. „W krótkim czasie, w 4—6 dniach, kaszel zupełnie ustawał,“ albo téż „znaczna pojawiła się poprawa stanu ogólnego i zmniejszenie kaszlu.“ Wyniki lecznicze więc zgadzają się z wypadkami Treutlera. Autor wyliczając zalety i korzyść swéj metody, powiada: 1) że ją łatwo wszędzie stósować można nawet dla uboższych, 2) że można jéj używać bezzwłocznie, np. zaraz z początkiem choroby, 3) że ma zastępować wyjazd do stacyj klimatycznych, 4) trwanie leczenia jest krótkie a w razie nieskuteczności, co się bardzo wcześnie daje sprawdzić, można jeszcze wszelkie inne stósować sposoby leczenia, 5) że z metodą tą można połączyć wszystkie inne środki, jako leki aseptyczne, leczenie zdrojowe lub mleczne, gimnastykę, kąpiele itp., 6) że metoda ta pozwala indywidualizować, tj. według potrzeby używać do inhalacyj różnych tak jakościowo jako i ilościowo gazów, 7) że w każdéj porze roku dowolnie to leczenie przedsiębrać i powtórzyć można, nareszcie, co zdaniem autora jest wielce ważném, 8) że chorzy się nie desaklimatyzują, tj. nie odwykają od swego klimatu.

(?) Fothergill powtarzając doświadczenia dokonane w pracowni Strickera, według których strychnin ma znakomicie podniecać **ośrodki oddechowe**, zauważył, że czynność oddechowa porażona akonitem po zastosowaniu strychninu wracała do pierwotnéj swéj dzielności. Postrzeżenia te znalazły potwierdzenie w praktyce, mianowicie ma strychnin działać bardzo skutecznie w przypadkach ostrego nieżytu oskrzeli ze znaczném utrudnieniem oddychania. W przypadkach nieżytu przewlekłego oskrzeli i rozedmy płuc łagodzi bóle przy oddychaniu a w razie rozszerzenia prawéj komórki sercowéj potęguje działanie naparstnicy. Wszędzie, gdzie częstość oddechów znacznie przewyższała prawidłowy stosunek do ilości tętna, środek ten był bardzo pożytecznym

(Sk.) **Użycie jodoformu w liszaju żrącym.** Z kliniki chorób skórnych prof. Kaposiego podaje Riehl wypadek doświadczeń robionych z jodoformem; a przekonawszy się w 20 przypadkach o wielkiéj skuteczności tego środka, poleca go najgorliwiéj do stósowania w liszaju żrącym. Pierwsze próby, jakie robiono, posypując jodoformem zmiany chorobowe pokryte przyskórkiem, były bezskuteczne; natomiast przestała się natychmiast wydzielać ropa z guzków owrzodzonych i nastąpił zanik nacieku. W tych zaś miejscach, gdzie guzki były głębiéj usadowione, rozmiękczał R. przyskórek, używając do tego *Solut. Kali caust.* (5.9:10·0) przez $^1/_2$—2 minut. Jak tylko przyskórek rozmięknie i zacznie odstawać, wtedy zmywa się wilgotnym zwitkiem ze skubanki nadmiar roztworu potasu żrącego, miejsce takie osusza i posypuje się jodoformem na grubość kilku milimetrów, osłania się watą, a tę przytwierdza plastrem glejtowym. Oprawa taka pozostaje przez 3—8 dni; po upływie tego czasu znajdują się miejsca pomienione zapadnięte, pokryte przyskórkiem, zaczerwienienie i obrzmienie jest także bez porównania mniejsze. — Przy zmianach rozleglejszych powtarza się powyższe postępowanie kilkakrotnie; w celu uniknięcia bólu, jaki sprawia roztwór potażu żrącego, wskazaném jest również użycie środków odurzających. (*Wiener med. Wochenschrift* 1881).

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich

Sekcyja lekarska Tow. Przyj. Nauk Pozn.

Posiedzenie z dnia 9go września r. b.

Przewodniczący kol. Kaczorowski

(Dokończenie. Patrz Nr. 43).

3) Do środków odwodzących zaliczyć należy przeczyszczające. Dawni lekarze wychodząc z zapatrywania o kongestywnym charakterze krwotoków płucnych u suchotników, dawali pierwszeństwo lekom solnym chłodzącym, np. winnikowi, octanowi potasowemu itp. Chodzi tu jednak o szybkie sprowadzenie obfitych wypróżnień stolcowych, gdyż one tylko zdolne spełnić wedle postawionéj przez Rohdena teoryi zasadnicze wskazanie, t. j. zwolnienie płuc od zbytnio w nich nagromadzonéj pary wodnéj. To też od wielu lat stosując drażniące enemy z rozcieńczonego octu a równocześnie olej rącznikowy wewnętrznie prawie zawsze po kilku obfitych stolcach uważałem zwolnienie lub całkowite wstrzymanie krwotoków, jak np. u wzmiankowanego kupca B.

Upusty wodnych części krwi za pomocą leków laksujących, z pomiędzy których późniéj i wody gorzkie znaleźć mogą korzystne zastosowanie, dopóty należy kontynuować, dopóki zupełna dawna swoboda w piersi nie powróci, ogólna reakcyja po krwotoku nie ustanie. Sądzę, że zastąpią one w lepszym sensie, z lepszym skutkiem upusty czystéj krwi, do których się dawni lekarze w rozpaczliwych przypadkach nie bez korzyści uciekali, bo spełniają toż samo zadanie, zwalniają zastój płuca

ale tańszym kosztem, bo z oszczędzeniem ciałek krwi i białka krwi.

4) Z wewnętrznych środków podawanych na samym wstępie krwotoku cieszy się u nas wielką wziętością sól kuchenna na sucho podawana i popijana wodą, Popularny ten środek, często bardzo dobroczynny, zdaje się zawdzięczać swój skutek raz nagłemu ochłodzeniu oskrzeli, przy których przechodzi, przez co przyczynić się może do skrzepienia dobywającej się z nich krwi, powtóre przez następne sprowadzenie obfitych wydzielin wodnych w żołądku i jelitach działając na podobieństwo środków laksujących. Sól zatém zasługuje na zastósowanie na wstępie każdego ataku.

5) Ulubionym z leków używanych we wszystkich krwotokach a więc i płucnych, obecnie jest ergotyn. O fizyjologicznie akredytowanym tym środku hemostatycznym nie ma co dyskutowac. Forma podskórnych wstrzykiwań zapewnia najprędsze jego działanie. Próbować go trzeba, jeżeli krwotok mimo poprzednio wyliczone środki nie ustaje, jakkolwiek wtedy i on dość często zawodzi. Wielce ujemną stroną jego jest ból powstający w miejscu zastrzyknienia, który zmniejszyć można, dodając do ergotynu zarazem trochę morfinu.

6) W ostatnim czasie zalecano wstrzykiwania atropiny 0,0005 pod skórę tak przeciw krwotokom płuc jak i macicy. W jednym przypadku zdawały się dobrze skutkować, ale nie śmiem ztąd żadnych wniosków wywodzić.

7) O środkach ściągających, jak o kwasach mineralnych i szczmiących, których dawniej szeroko używano, powiedziałbym tyle tylko, że zbyt wolno działając psują łaknienie. Jeden octan ołowny w przypadkach nieznacznego krwioplucia dobre oddaje usługi.

8) Naparstnica, dobra jako środek skrzepiający serce, ale zbyt wolno działając poszła w zapomnienie.

9) Środki wymiotne, dawniej przez niektórych gorąco chwalone, nigdy pomiędzy ogółem lekarzy nie zyskały prawa obywatelstwa, ohociaż może nie słusznie.

10) Na samym końcu umieściłem lek ile wiem jeszcze dotąd przez nikogo niedoświadczony w krwotoku płucnym. Jest to służący obecnie do tylu eksperymentów terapeutycznych pilokarpin. Zastanawiając się nad środkiem, któryby jeszcze szybciéj aniżeli przeczyszczający wydalił z płuc zostałą parę wodną, wpadłem na pilokarpin i zastosowawszy go wprawdzie dopiero w dwóch przypadkach, tak w oczy bijący osiągnąłem skutek, że nie mogę powstrzymać się już teraz od zachęcania kolegów do doświadczania jéj w danym razie. Działanie jego składa się z dwóch czynników, napotnego i naślinnego, z którym ostatnim łączy się często najpierw ruch antiperystaltyczny zbliżający się do wymiotnego, a późniéj peristaltyczny, rozwalniający. Otwierając więc wyjąwszy nerki wszystkie śluzy ustroju i to w przeciągu niespełna $^1/_2$ godziny, pilokarpin jest zaprawdę sposobny jak żaden inny środek lekarski doraźną sprawić deplecyję a zatém oswobodzić płuca z nagromadzonéj w nich cieczy. Ma wprawdzie także swą piętę Achilesową, bo sprawia pewien zapad serca, któremu jednak podając podniecające zarazem środki, np. wino, eter, kamforę z kwasem będźwinowym, dostatecznie zapobiegać można.

Przypadek pierwszy dotyczy kobiety, lat 49 liczącéj, która od dwóch lat chora na płuca, dwa razy przebyła obfite krwotoki płucne. Całą przeszłą zimę spędziła w szpitalu miejskim, gdzie skonstatowano znaczne wychudnienie, niedokrwistość i naciek górnego zrazu prawego płuca (stłumienie odgłosu opukowego, głośne trzeszczenia zamiast oddychania pęcherzykowego).

Przebieg sprawy chorobowéj był stacyjonarny, mierna ilość plwocin, poniekąd z krwią zmięszanych. W połowie maja chora opuściła na własne żądanie zakład, w znacznie polepszonym stanie odżywienia, z objawami fizycznemi mało co zmienionemi.

Po 5 dniach wróciła znów do zakładu, bardziéj kaszląca i zmitrężona.

20/5 nastąpił krótko przed burzą znaczny krwotok z płuc (wyrzuciła cały kufel krwi, co najmniéj pół litra) *Ord.* sól kuchenną, *Ol. Ricini, Atropin 0,0005* pod skórę. Drugiego dnia jeszcze raz się powtórzył krwotok, ale znacznie mniejszy, odtąd tylko resztki krwi pozostałéj w oskrzelach przez parę dni się wydobywały.

1/9 w dniu dusznym, w czasie burzy ogromnéj zjawił się nagle krwotok. Pomimo zaraz podany po drażniącéj enemie olejek rycynowy, sól kuchenną, daléj podskórne zastrzykiwanie atropinu, ergotynu, krwotok codziennie się ponawiał w rannych godzinach.

Dnia 4/9, gdy nowy podczas wizyty szpitalnéj nastąpił bardzo silny atak, zastrzyknąłem choréj o godzinie 8 i pół pod skórę *Pilocarpin hydrochlorat. 0,01.* W kwadrans potém zaczęła chora mocno się krztusić, wydając z siebie obfitą ślinę razem z krwią płynną zmięszaną, w 5 minut późniéj cała pokryła się potem, odkąd już tylko parę skrzepów krwi wraz z ślinami wyrzuciła, w pół godziny potém dwa razy wyszła z płynnym stolcem. Do południa jeszcze parę razy z wielką łatwością pluła niekiedy śluzem trochę krwią zabarwionym, a odtąd krew znikła zupełnie z plwocin. Wprawdzie chora czuła się potém bardzo osłabioną, ale przy używaniu wina i kamfory z kw. będźwinowym szybko przychodziła do siebie, trzeciego dnia opuściła łóżko i znów względnie dosyć dobrego używa zdrowia.

Druga chora, dziewczę, 19 lat wieku licząca, w ostatnim okresie suchot płucnych z ogromną jamą w lewém płucu dnia 5/9 miernego dostała krwotoku, który po zastrzyknięciu ergotynu wstrzymał się i nie powrócił więcéj, chora jednak bardzo podupadła na siłach i lada dzień oczekiwać należy śmiertelnego zejścia."

Po odczycie tym wywiązała się ożywiona dyskusyja a wniosek prelegenta, aby członkowie sekcyi składali na ręce każdorazowego sekretarza etyjologiczne i klimatologiczne notatki, tyczące się krwotoków płucnych, jednomyślnie przyjęto.

W końcu zawiadamia referent członków o przysłaniu do Biblijoteki Sekcyi przez Tow. lek. krak. Słownika terminologii lekarskiéj polskiéj i odczytuje odnośny list Zarządu Tow. lek. krak. *Dr. Święcicki.*

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie XII z dnia 15 czerwca 1881 r.

Przewodniczący: kol. prof. Domański; Członków obecnych 17.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. przewodniczący zawiadamia, że w imieniu naszego towarzystwa, prosił telegraficznie jednego z naszych członków, bawiącego we Wiedniu, aby złożył na trumnie śp. prof. Skody wieniec z napisem: „Dobrze zasłużonemu Towarzystwo Lekarskie Krakowskie", co się téż i stało.

3) Zebrani przyjęli przez aklamacyję prof. Dra Henryka Hoyera na członka honorowego towarzystwa.

4) Kol. Doc. Pieniążek mówił o duszności. W ożywionéj nad tym przedmiotem dyskusyi zabierali głos koledzy: prof. Domański, Warschauer, Wilkosz, Schram i prelegent.

5) Kol. przewodniczący zawiadomił o ostatnich czynnościach Wydziału gospodarczego Zjazdu.

VII. Listy z Warszawy.

II.

Treść: Projekt budowy nowego domu obłąkanych pod Pruszkowem. — Szkarlatyna i ospa w Warszawie. — Komitet sanitarny. — Ś. p. Teofil Wisłocki.

Najważniejszym faktem, żywo obecnie obchodzącym tak lekarzy jak i całą naszą publiczność, jest poruszoną na nowo sprawa nowego domu obłąkanych. Nie ulega najmniejszéj wątpliwości, iż ze wszystkich spraw lekarskich w mieście naszém kwestyja pomieszczenia chorych umysłowych jest najpilniejszą. W Warszawie istnieją dwa domy obłąkanych: jeden dla mężczyzn w szpitalu św. Jana Bożego, inaczéj Bonifraterskim zwany i drugi dla kobiet na ulicy Szpitalnéj, tuż obok szpitala Dzieciątka Jezus. Obadwa te pomieszczenia nie odpowiadają najskromniejszym wymaganiom. Szpital dla kobiet jest w miejscu zacieśnionem, ogród oddzielony jest parkanem od ruchliwéj ulicy, na któréj wieczny turkot pozbawia chorych spokoju, tak nieodzownego dla tego rodzaju pacyjentów. Urządzenie wewnętrzne jest tak nieodpo-

wiadające dzisiejszym wymaganiom nauki i tak rażące swojemi licznemi niedostatkami, iż prawdziwie wstydzę się podać bliższy jego opis. Najlepsze chęci i najgorliwsze usiłowania lekarzy ordynujących nie mogą wcale złemu zaradzić. Opłakany ten stan trwać będzie dopóty, dopóki nie zbudują nowego zakładu. Wszelkie półśrodki, w obec dzisiejszego stanu rzeczy, złemu nie zaradzą.

Na nieszczęście wszystkie, choćby najprostsze, projekta u nas długo bardzo czekać dają na urzeczywistnienie. Przed laty 15 już gorąco zajmowano się budową nowego przytułku dla obłąkanych. Z polecenia ówczesnego Namiestnika Królestwa kupiono obszerny plac na Pradze i przed rozpoczęciem budowy, co, jak się zdawało, lada chwila miało nastąpić, posadzono drzewa. Drzewa te miały czas już dobrze podrosnąć a o zakładzie zapomniano. Miejsce też to było niefortunnie obrane. Obecnie Komisyja utworzona z prof. Balińskiego, budowniczego Stroma, inspektora szpitali warszawskich Waltera i ordynatorów warszawskich Pląskowskiego i Lubelskiego rozstrząsała nowy projekt. Jako miejsce odpowiednie wybrano wioskę położoną o pół mili od Pruszkowa, pierwszéj stacyi drogi żelaznéj warszawsko-wiedeńskiéj, któréj odległość od Warszawy wynosi wiorst 16. Przejazd z Warszawy do téj miejscowości trwać nie będzie dłużéj niż godzinę, a dla ułatwienia kommunikacyi mają zbudować szosę od saméj stacyi Pruszkowa.

Szpital ma zawierać początkowo 420 łóżek i ma kosztować w przybliżeniu 700,000 rubli. Ordynatorów projektuje się sześciu, z których jeden będzie naczelnym, a drugi jego pomocnikiem. Wszyscy ordynatorowie mieszkać będą w zakładzie, co przy budowie jego ma być uwzględnione.

Miejscowość obrana jest pagórkiem położonym nad rzeczką i gęsto porosłym młodemi drzewkami, które bardzo się przydadzą przy zakładaniu ogrodu. Zarzucają niektórzy, iż miejsce to jest zbyt dalekie od Warszawy, ale trudno byłoby téj niedogodności uniknąć przy powiększającéj się gwałtownie ludności warszawskiéj. Siedm pociągów osobowych dziennie (nie licząc towarowych) przyczynia się wielce do ułatwienia kommunikacyi. Sam projekt podobno jeszcze nie jest zatwierdzony, ale wydane zostało polecenie nabycia owéj miejscowości, mającéj 4 włoki rozległości. Mamy nadzieję, że budowa z wiosną się zacznie i że już niedługo będziemy potrzebowali się wstydzić za przytułek, jaki obecnie naszym obłąkanym dajemy.

Szkarlatyna z dyfteryją i ospa nie zwykle groźno w tym roku u nas grasuje. Zwłaszcza dzieci wyrobników i w ogóle biednéj klasy ludzi cierpią i ulegają prawdziwemu dziesiątkowaniu. Smutny też to stan higijeniczny miejscowości, w których biedni ci ludzie mieszkają. W jednym z numerów Gazety warszawskiéj kolega Markiewicz skreślił nam opłakany obraz domów, w których epidemija najsrożéj się szerzy, przyczém uczynił zarzut naszéj policyi, iż żadnych środków nie przedsięwzięła dla ukrócenia epidemii. Zarzut ten wziął ktoś bardzo do serca i energicznie w Dzienniku warszawskim go odpierał. Epidemije w rzeczy saméj wszędzie panują, a policyja nie ma możności ich powstrzymywania; tego też od niéj nie żądamy, ale mamy prawo wymagać, żeby przynajmniéj w domu nawiedzonym chorobą podwórze i schody były zamiatane, a wychodki i śmietniki opróżnione. Jeżeli zachowanie téj ostrożności we wszystkich domach w mieście jest zbytkiem, na który ani my, ani policyja nasza zdobyć się nie może, to niechże przynajmniéj dopilnuje, żeby był jaki taki porządek w domach silną epidemiją nawiedzonych. Gdy dojdzie przypadkiem do wiadomości policyi, iż w jakim domu ktoś dostał choroby zaraźliwéj, to delegują tam zwykle lekarza miejskiego, żeby warunki higijeniczne zbadał i przedsięwziął środki dla powstrzymania dalszego szerzenia się choroby. Stereotypowe to wyrażenie zawsze się powtarza, ale skutku żadnego nie odnosi.

Z powodu panujących tych chorób przypomniano lekarzom istniejące prawo donoszenia inspektorowi urzędu lekarskiego o wszystkich przypadkach chorób zakaźnych, które ma w swojém leczeniu. Prawo to już dawno wyszło, ale nie jasno jest zredagowane. Obecnie doręczone mają być lekarzom odpowiednie druki, które wypadnie tylko zapełnić i zakleiwszy wrzucić do skrzynki pocztowéj. Ułatwienie będzie wielkie i przyczyni się niezawodnie do częstszego donoszenia o wzmiankowanych chorobach; zobaczymy, co też nasz urząd lekarski z tym materyjałem pocznie i jaki téj reformy będzie praktyczny rezultat.

Szerząca się obecnie ospa i szkarlatyna w Warszawie rozbudziła nareszcie z letargu miejski Komitet sanitarny, składający się z trzech lekarzy, kilku urzędników policyi i dwóch obywateli miejskich. W rzeczy saméj czas do tego był wielki, bo wymienione dopiero co choroby sprowadziły w przeciągu dwóch miesięcy śmierć 620 dzieci, tak przynajmniéj dane statystyczne przez policyję zbierane wykazują. Znając sposób, w jaki policyja liczby te zbiera, śmiało rzec można, iż podana cyfra jest raczéj za małą, niż za wielką. Komitet ów sanitarny powziął cały szereg ważnych postanowień. Przedewszystkiém wykazał gwałtowną potrzebę spiesznego otwarcia szpitala rezerwowego, do któregoby przyjmowano dzieci z chorobami zakaźnemi. Gwałtowną tego potrzebę uznamy łatwo, gdy zważymy, iż jedyny szpital dla dzieci warszawski wcale dzieci z chorobami wysypkowemi nie przyjmuje. Podobno wyznaczono już 20,000 rubli na utworzenie takiego szpitala. Na nieszczęście jednak wszystko, u nas tak powoli się odbywa, iż epidemija się skończy, nim szpital jaki funkcyjonować zacznie.

Daléj postanowił Komitet powiększyć służbę sanitarną miejską i dodać do pomocy lekarzy miejskich dwóch pomocników, którzyby na czas epidemii pobierali dyjetę po 5 rubli dziennie.

Komitet nakazał także umieszczać na drzwiach mieszkania, w którém się znajdują osoby chore na chorobę zaraźliwą, napis „choroba zaraźliwa“, a na bramie domu, w którym więcéj takich chorych się znajduje, ma być takiż sam napis umieszczony. Sposób to znany i w powszechném będący użyciu za granicą, mianowicie w Prusach.

W domu, w którym ospa się pojawiła, wszyscy mieszkańcy mają być do rewakcynacyi zmuszeni.

Jedno z ważniejszych postanowień Komitetu stanowi utworzenie komendy dezinfekcyjnéj, mającéj się składać z chemika, dwóch pomocników i 6ciu policyjantów. Komenda taka mogłaby wielkie przynieść korzyści, ale w obecnym smutnym stanie rzeczy nie wiele się od niéj spodziewać można, bo co będą oni odwietrzać, skoro policyja nie jest dokładnie powiadomiona o wszystkich przypadkach chorób zaraźliwych. Przytém najlepsza i najpewniejsza dezinfekcyja polega na spaleniu rzeczy używanych przez osoby chore, ale w takim razie należałoby biednym ludziom wartość tych rzeczy zwrócić, a zkąd pieniędzy wziąść na to.

Nietylko dzieci podejrzane o chorobę, ale i takie, w których rodzinie choroba zaraźliwa panuje, nie powinny do szkoły uczęszczać, a lekarze szczególną uwagę winni na tę ważną okoliczność zwrócić.

Widzimy, iż wszystkie te środki są bardzo ważne i racyjonalnie obmyślane, ale obawiać się należy, iż wszystko na projekcie pięknie napisanym się skończy. Dla wykonania wszystkiego, co Komitet sanitarny projektuje, siły, jakiemi rozporządza urząd lekarski zbyt są slabe, a funduszów na to wszystko wcale niema.

Prof. Teofil Wislocki umarł w tych czasach w Warszawie. Był on naprzód profesorem patologii ogólnéj w b. Akademii medyko-chirurgicznéj, następnie wykładał anatomiję patologiczną, późniéj w b. Szkole głównéj powierzono mu wykład medycyny sądowéj, wreszcie po zamienieniu Szkoły głównéj na Uniwersytet został zwyczajnym profesorem hygijeny i policyi lekarskiéj. Przed dwoma laty założył wspólnie z innym kolegą zakład leczenia suchót płucnych. jakąś niby nową metodą inhalacyjną, ale pomyślnych rezultatów naukowych ani materyjalnych z tego nie osiągnął. Niepowodzenie to przyczyniło się do zatrucia ostatnich lat życia jego, a materyjalnie go zrujnowało. Wisłocki był bez zaprzeczenia zdolnym człowiekiem, ale okoliczności tak jakoś smutnie się złożyły, iż zdolności swoich należycie nie zużytkował. Jedną z przyczyn tego było bez wątpienia to, iż często przerzucał się z jednego przedmiotu do drugiego. We Lwowie redagował „Świt“, w Wiedniu zaczął się zajmować anatomiją patologiczną i wydał krótki podręcznik anatomii patologicznéj, przyjęty przez publiczność lekarską bardzo obojętnie, później oddał się praktyce lekarskiéj, daléj zamieszczał prace swoje w Roczniku Towarzystwa rolniczego, wreszcie został profesorem, ale na têm ostatniém stanowisku tak często zmieniał przedmiot swoich zajęć, iż nie przynosił tudentom korzyści, jakich po zdolnościach jego i po wszechstronném a gruntownêm wykształceniu można było się spodziewać.

Niezwykle liczny orszak pogrzebowy odprowadził zwłoki nieboszczyka na miejsce wiecznego spoczynku, a nad grobem przemawiał prof. Łuczkiewicz. Śmierć nastąpiła skutkiem gwałtownego, bo ledwo dwa dni trwającego, zapalenia płuc.

Warszawa d. 14 Października 1881 r. β.

VIII. Zjazd Stowarzyszenia ochrony zdrowia publicznego w Wiedniu.

(Dokończenie. Patrz Nr. 42).

Komitet urządzający Zjazd w Wiedniu ogłosił wykaz osobliwości miasta Wiednia pod względem sanitarnym, które w dniach Zjazdu mogli Członkowie tegoż zwiedzać. Między temi znajdował się także zakład szczepienia krowianki utrzymywany przez lekarza Haya. Zakład ten zwiedzano licznie, bo cieszy on się uznaniem nie tylko w Austryi ale i po za jéj granicami, zwłaszcza dla wielkiéj staranności, z jaką krowianka bywa w nim produkowaną, a oraz dla nader korzystnych wyników pod względem przyjmowania się przy szczepieniu, jakiemi odznacza się krowianka z tego zakładu pochodząca.

Zakład ten zostaje pod nadzorem i kontrolą c. k. Namiestnictwa Dolnéj Austryi, z niego téż czerpie potrzebny zasób krowianki wiele władz krajowych i zagranicznych.

Wspólnie z wielu innymi Kolegami zwiedziłem i ja ten zakład, położony w domu pod l. 18 przy Alserstrasse.

Winienem tu zaznaczyć, że właściciel zakładu, o którym mowa, przyjął nas z wielką uprzejmością i otwartością i oprowadził nas po lokalach poświęconych celom szczepienia, stajniach, okazał nam bardzo odpowiedni stół do szczepienia własnego pomysłu, jak również nader piękne i cechujące krosty ospowe u cieląt, a nakoniec swój sposób szczepienia i zbierania limfy z cieląt.

Zanim zakład ten opuściliśmy, w krótkim wykładzie skreślił nam swe zapatrywania na sprawę szczepienia krowianki, którego tok był mniéj więcéj taki:

Praktykując czas dłuższy (w Radymnie i Jarosławiu) zaszczepił przeszło 50 000 dzieci zwykłym sposobem limfą humanizowaną i przyszedł przy têm do przekonania, że:

1) krowianka, jeżeli się ją pewien czas z ludzi na ludzi przeszczepia, (tj. krowianka w późniejszych swych pokoleniach), traci całkiem swą skuteczność;

2) że nie ma środka ochronnego, któryby był w stanie zapobiedz przeszczepieniu chorób zakaźnych, jeżeli się przy szczepieniu limfy ludzkiéj używa, zwłaszcza że (jak i mikroskopija poucza) nawet limfa wydająca się zupełnie jasną ciałka krwi zawiera, że więc niewątpliwie nie tylko kiłę, zołzy, ale nawet i gruźlicę przenieść można;

3) że zbieranie limfy z dzieci przed 8 dniami szczepionych pozbawia je w zupełności ochrony przed ospą, bo tak teoryja jak i praktyka dowiodły, że ochrona zawisła od wessania limfy w krostach zawartéj, które rozpoczyna się dopiero po upływie 12 dni od czasu szczepienia, z tego powodu zbieranie limfy w dniu 8mym pozbawia téż zaszczepione dziecko ochrony przed ospą.

Zastanawiającemu się nad następstwami zbierania nasuwa się pytanie, coby się stało ze szczepieniem w ogóle, gdyby matki oparły się i nie dozwoliły zbierania limfy ze swych dzieci.

Te punkta skloniły p. Haya do porzucenia szczepienia limfą ludzką i do używania czystéj krowianki.

Wysokiemu Rządowi należy się podziękowanie za to, że przez udzielenie pomocy materyjalnéj i moralnéj umożliwił mu otwarcie zakładu w Wiedniu, bez któréjto pomocy byłoby to istną niemożliwością, zwłaszcza że utrzymanie takiego zakładu z wielkiemi połączone jest kosztami.

Co się tyczy znacznéj przyjmowalności limfy z zakładu, o którym mowa, to p. Hay wyjaśniał ją ostrożnościami przy zbieraniu zachowywanemi w ten sposób:

1) Cieląt do szczepienia trzeba używać dopiero gdy mają dwa do czterech miesięcy, muszą one być silne i dobrze odżywione. Stan zdrowia cieląt winien weterynarz codziennie kontrolować.

2) Każdego dnia potrzeba mieć świeże cielę do dyspozycyi, aby każdego dnia wprost z cielęcia szczepić i wprost limfę do rozsełki zbierać można, a nie, jak to zwykle się dzieje, że zbiera się limfę z cielęcia kilka dni z rzędu i szczepi z niego wprost, bo gdybyśmy z dziecka kilka dni z rzędu ospę zbierali, to również niepomyślne otrzymalibyśmy wyniki.

3) Cielęta jak również wszelkie przyrządy winny być przed zbieraniem limfy jak najstaranniéj odwietrzone.

4) Krosty, z których się limfę zbiera, muszą być zupełnie dojrzałe, co wcale nie zawisło od czasu. Jedynie wygląd krost jest tu rozstrzygającym a nie okres czasu, jaki od szczepienia upłynął.

Na ścisłém przestrzeganiu tych czterech punktów opiera się postępowanie p. Haya przy zbieraniu limfy i tym zawdzięcza on zaufanie, jakie sobie pozyskał i jakiém go nawet najwyższe koła w Wiednin obdarzają.

Sprawa szczepienia ospy jest nader ważną, kwestyja

otrzymania skutecznéj limfy zbyt często lekarzom się nasuwa, dla tego nie wahałem się nieco obszerniéj rozpisać się o zakładzie p. Haya, aby zwrócić nań uwagę, i skreślić zasady, na których zbieranie limfy opiera się w tym zakładzie.

Korzystając z wolnego czasu od posiedzeń wielu członków Zjazdu zwiedzało też, że pominę inne osobliwości miasta, hygijenistę jako zawodowca nieobchodzące, rzeźnię i cmentarz centralny, oraz szkoły urządzeniami swemi, jeżeli nie w zupełności odpowiadające, to zbliżające się do wymogów hygijeny. *Dr. K. Grabowski.*

IX Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie

Statystyka epidemij. W Krakowie w tygodniu bieżącym do 22 października ogólna śmiertelność wzniosła się z 25,6 do 31,8; w obliczeniu na rok i 1000 mieszkańców. Z miasta i ze szpitali doniesiono o 4 przypadkach płonicy, a umarło 3 (a w poprzednim tygodniu) 1 w I obw., 2 w II obw. Z ospy umarło 3, z płonicy 3, z krztuśca 1. Z durem plamistym przywieziono do szpitala ze wsi 2. Doniesiono o 1 przypadku duru brzusznego i róży. W tygodniu 40 (do 1 października ospa w Londynie złagodniała. Leczyło się w szpitalach 479, umarło 15. W Paryżu umarło z ospy 4, w Saragosie 11, w Wiedniu 10, w Budapeszcie 5. Z duru osutkowego umarło w Londynie 4, w Petersburgu 11, w Madrycie 8, w innych miastach hiszpańskich pojawiają się sporadyczne przypadki duru plamistego.

Statystyka śmiertelności W tygodniu 40 (do 1 września) umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 34,1; w Poznaniu 27,5; w Wiedniu 24,0; w Budapeszcie 30,0; w Pradze 23,5; w Tryjeście 30,6; w Berlinie 23,4; w Wrocławiu 26,2; w Gdańsku 32,6; w Mnichowie 27,1; w Dreźnie 25,5; w Lipsku 16,8; w Bazylei 15,1; w Brukseli 22,3; w Amsterdamie 19,9; w Hadze 18,1; w Paryżu 20,7; w Londynie 16,6; w Kopenhadze 20,3; w Stokholmie 18,5; w Chrystyjanii 13,4; w Petersburgu 40,9; w Odessie 32,1; w Rzymie 28,9; w Bukareszcie 17,9; w Madrycie 35,1; w Lisabonie 25,8; w Aleksandryi 48,3; w Nowym Jorku 29,3; w Filadelfii 21,4; w Bombaju 28,8; w Madrasie 37,4. *J. B.*

X. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 20 października. Reskryptem z dnia 14 bm. l. 15.245 zamianował JEks. Minister spraw wewnętrznych w porozumieniu z wys. Ministerstwem wyznań i oświaty Dra A. Biesiadeckiego c. k kraj ref. spraw zdrowia przewodniczącym Komisyj egzaminacyjnych do egzaminów lekarzy i weterynarzy odbyć się mających w r. 1881/82 w myśl rozp. minist. z dnia 21 marca 1873 l. 37 Dz. P. P., a zastępcą przewodniczącego prof. Dra G. Piotrowskiego. Na egzaminatorów i ich zastępców przy rzeczonych egzaminach powołano równocześnie: *a*) przy egzaminach dla lekarzy: 1) z higijeny i ustawodawstwa sanit. doc. Dra K. Grabowskiego egzaminatorem, Doc. Dra St. Poniklę zastępcą; 2) z medycyny sądowéj prof. Dra L. Blumenstoka egzaminatorem, prof. Dra T. Browicza zastępcą; 3) z farmakognozyi prof. Dra E. Janczewskiego egzaminatorem. prof Dra A. Stopczańskiego zastępcą; 4) z chemii prof. Dra A. Stopczańskiego egzaminatorem. prof. Dra E. Czyrniańskiego zastępcą; 5) z policyi weterynaryjnéj lek. pow. Dra K. Kralczyńskiego egzaminatorem, wet. pow. A. Litticha zastępca, *b*) przy egzaminach dla weterynarzy: c. k. weterynarza powiatowego A. Litticha i weterynarza miejskiego J. Kubickiego egzaminatorami.

* Dowiadujemy się z Časopisu lékařův českých, że temi dniami w Pradze opuści prasę kalendarz lekarzy czeskich na rok 1882; będzie on ozdobiony fotografiją prezesa Akademii krakowskiéj Dr. Majera.

= Zwyczajem jest w angielskich szkołach lekarskich, że z rozpoczęciem roku szkolnego jeden z profesorów miewa przemowę wstępną do uczniów ze wszystkich lat zgromadzonych, w któréj zazwyczaj rozmaite praktyczne porusza kwestyje. Dr. Field w St. Mary's hospital w Londynie mówił tego roku między innemi, że lekarze wybitniejsze zajmujący stanowiska powinni sobie kazać lepiéj płacić a mianowicie za konsultacyję przynajmniéj pięć gwinei (60 złr.), a natomiast nie powinni się zajmować zwyczajną praktyką. Tym sposobem będą mieli większe dochody a mniejsze zajęcie, pozostanie im zatém więcéj czasu do pracy naukowéj, a młodsi lekarze będą mieli większą praktykę. W tym względzie przytoczył anegdotę o ś. p. Fergussonie, który zawezwany do bogacza w Manszesterze za operacyję zapłacić sobie kazał 200 gwinei (2400 złr) „Jakto dwieście gwinei?“ zawołał chory. „Tak“ odpowiedział Fergusson „zapominasz pan o mojéj zręczności, o doświadczeniu, o stracie czasu i praktyki w Londynie.“ „Ależ operacyja trwała tylko dziesięć minut!“ „O jeżeli tylko o to się rozchodzi“ rzekł operator, „to na drugi raz pana całą godzinę wytrzymam pod nożem“. (*British medical Journal* 8. X. 1881.) *Dr. Bogdanik.*

* **Wrocław.** Aż do zamianowania zastępcy po zmarłym prof. Spiegelbergu kierownictwo kliniką położniczą i ginekologiczną powierzone zostało przez ministerstwo docentowi pryw. Drowi Wienerowi.

Prof. Biermer, jako tegoroczny rektor Uniwersytetu, zagaił rok szkolny mową p. t. „Czém jest choroba i jak ona powstaje“.

* **Berlin** Prof. Virchow powrócił właśnie z Kaukazu, a wielbiciele jego postarali się, aby fundacyja na cześć jego jubileuszu powstać mająca, przyszła do skutku przed jego powrotem.

* **Mianowania i odznaczenia**. Robert Bunsen obchodził temi dniami jubileusz 50-letni doktoratu i przy téj sposobności mianowany został rzeczywistym tajnym radcą z tytułem ekscelencyi. Bunsen urodzony d. 31 marca 1811 w Gietyndze, w r. 1838 mianowany był profesorem w Marburgu, w r. 1851 we Wrocławiu a w r. 1852 w Heidelbergu; położył on wielkie zasługi koło chemii analitycznéj a razem z Kirchhoffem wynalazł próbę widmową. — Koncepista sanitarny przy Namiestnictwie w Zadarze w Dalmacyi Dr. Wincenty Zanella mianowany został profesorem położnictwa w szkole akuszerek w Zadarze.

* **Nekrologija**. D. 11 bm. umarł w Hanowerze prof. Klencke w 68 roku życia, znany przeważnie z pism popularno-lekarskich. — W Konstantynopolu umarł Dr. Jan Cabiades inspektor kwarantan w wielkorządztwie bagdadzkiém, licząc lat zaledwie 40. Położył on zasługi koło badania dżumy w Mezopotamii, a w r. 1879 należał do komisyi międzynarodowéj, która wysłaną została w tymże celu nad Wołgę. — W Paryżu umarł nagle podczas wizyty lekarskiéj prof. nadzw. Dr. Houel, konserwator zbiorów Wydziału lek.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 43: Elsenberga: Zmiany ślinianek pod wpływem pilokarpiny; Bujwida: Poszukiwania jodu, bromu i ozonu w powietrzu tężni Ciechocińskiéj. — W *Medycynie* Nr. 43: Orłowskiego: Trzy owaryjotomije (Dok.).

Piśmiennictwo lekarskie: Wiener Medicinal-Kalender und Recept-Taschenbuch für prakt. Aerzte 1882.

Już po raz 5ty okazuje się kalendarz lekarski razem z podręcznikiem terapeutycznym, wydawany staraniem i nakładem pp. Urbana i Schwarzenberga, księgarzy wiedeńskich, którzy od lat kilku przodują w wydawaniu cennych dzieł lekarskich. Kalendarz nie rości sobie pretensyi do wartości naukowéj i z natury rzeczy ma znaczenie tylko przemijające. To też na pochwałę rocznika niniejszego powiedzieć tylko można, że jest zręcznie ułożony, albowiem mieści w sobie wszystkie wiadomości, z któremi w podobnych wydawnictwach zwykle się spotykamy, a nadto znaczna, bo więcéj niż $^1/_3$ część książeczki (100 stronnic), poświęcona jest formułkom terapeutycznym oraz wskazówkom, jak te środki lecznicze stosować należy w rozmaitych chorobach zewnętrznych i wewnętrznych. Mimo obfitéj treści książka jest ściśle kieszonkową a więc i pod względem objętości celowi swemu odpowiadająca.

Towarzystwo lek. krak. odbędzie we środę dnia 2 listopada b. r. posiedzenie zwyczajne w Sali Akademii Umiejętności, na którém kol. prof. Browicz mówić będzie o „śródbłoniakach i ich stosunku do raka;“ a kol. doc. Pieniążek okaże przyrząd, który na przeszłém posiedzeniu miał okazać.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Ulica Podwale Nr. 84.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Boulv. Voltaire 180, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia p. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 5 listopada 1881. № 45. Rok XX.

I. Doświadczenia z dziedziny neurochirurgii.

Podał Docent Dr. Obaliński.

II. Przecięcie lub wycięcie kawałka nerwów *(neurotomia et neurectomia)*.

1. Wawrzyniec K., lat 25 liczący, wieśniak, zgłosił się do szpitala Sgo Łazarza na wiosnę 1879 r. i został przyjętym do oddziału chorób wewnętrznych z powodu gwałtownych bólów w twarzy. Opowiadał on, że bóle te trwają u niego już od 2 lat i tak się w ostatnich czasach wzmogły, że nawet nosił się z myślą samobójstwa. Gdy w oddziale wspomnianym wypróbowano bez skutku przeróżne środki wewnętrznie i zewnętrznie stosowane, wezwał mnie kol. Dr. Paszkowski na usilne prośby chorego, czyby nie można, pomimo przypuszczenia, że cierpienie bierze początek wśród czaszki, spróbować naciągania lub wycięcia nerwów, chociażby dla chwilowéj ulgi. Na podstawie, że bóle w równéj mierze występują we wszystkich trzech gałęziach nerwu trójdzielnego, daléj że istnieją prawie ciągle nie w napadach i że było dawniéj dwuwidzenie a obecnie jest jeszcze zéz (oko prawe zwrócone ku wewnątrz i nieco ku górze), zgodziłem się na umiejscowienie cierpienia śródczaszkowe i z tego powodu nie radziłem podjęcia operacyi. Po wydaleniu go ze szpitala tak długo mnie błagał o wykonanie operacyi, że ostatecznie przyjąłem go w dniu 17mym lipca 1879 r. na mój oddział.

Badanie wykazało mężczyznę lat 25 liczącego, dobrze zbudowanego i odżywionego z wyrazem twarzy bolesnym, trzymającego prawie ciągle rękę na prawéj połowie twarzy z przyczyny gwałtownego tamże bólu, który się rozpromienia aż na szczyt głowy i na dolną szczękę. Prawe oko załzawione, zwrócone nieco ku wewnątrz i górze; spojówka gałkowa lekko nastrzykana; badanie wziernikowe przedsięwzięte przez prof. Dra Rydla i Dra Macheka nie dało żadnych dodatnich rezultatów. Dotykanie skóry czoła po stronie prawéj bardzo bolesne, najbardziéj jednak w miejscu wyjścia nerwu nadoczodołowego, lecz także bolesnym okazał się nerw podoczodołowy i dolnoszczękowy.

Dokładne zbadanie reszty ciała nie wykazało nic patologicznego.

Rozpoznając i tym razem neuralgiję w zakresie nerwu trójdzielnego z przyczyny w śród czaszki położonéj lecz niewiadomego rodzaju, postanowiłem wykonać mu operacyję nie z przekonania, lecz raz ustępując usilnym prośbom nieszczęśliwego chorego, powtóre uwzględniając znany fakt, iż częstokroć przecięcia peryferycznych nerwów przynajmniéj na jakiś czas korzystnie wpływają na neuralgiję, chociażby i pochodzenia centralnego, a to tém bardziéj, iż przypisywano naciąganiu nerwów wpływ także i na ośrodki nerwowe, jak to już natenczas z doświadczeń Nussbauma przypuszczać należało. Obrałem zaś nerw czołowy raz dla tego, że w tém miejscu doznawał chory przy dotyku największego bólu, powtóre, że nerw ten najłatwiéj daje się odszukać, więc też w przypadku bezskutecznéj operacyi nie narażałem chorego na wielkie obrażenie. Operacyję wykonałem d. 25go lipca 1879: po ogoleniu brwi prawéj cięcie równoległe z brzegiem nadoczodołowym i nieco poniżéj, na 3cm. długie, przecięcie *membranae tarsoorbitalis* i wydobycie nerwu po odciągnięciu mięśnia unoszącego powiekę górną, (*levator palp. sup.*) nieco na zewnątrz i ku dołowi. Najprzód naciągnąłem nerw dokładnie, a w końcu wyciąłem dla pewności kawałek na 1cm. długi. Zespojenie rany katgutem, opatrunek antyseptyczny; zagojenie się prawie *per primam.* Skutek operacyi był taki jak przewidywano, tj. że dotkliwość czoła się zmniejszyła (chory podaje, że czuje tam jakby przez rękawiczkę), lecz w całości bóle w połowie twarzy i głowy pozostały takie jak poprzednio. Po zagojeniu się rany wydalono chorego ze szpitala w dniu 27 września 1879 r.

W miesiąc później, bo 30 października, powraca chory znów do szpitala i przedstawiając, że bóle obecnie zlokalizowały mu się przeważnie w szczęce dolnéj, prosi o przyjęcie go i wykonanie operacyi w téj okolicy. Trudno było nieszczęśliwemu człowiekowi odmówić, pomimo przedstawienia mu, że operacyja ta może być niebezpieczną dla życia, chory nietylko prosił lecz błagał o przedsięwzięcie. W dniu więc 18 listopada przystąpiono do wykonania ope-

racyi sposobem Paraviciniego: po rozszerzeniu szczęk rozwieraczem Heistera przecięto błonę śluzową na przedniéj krawędzi gałęzi szczęki dolnéj wraz z innemi częściami miękkiemi aż do kości, tylny brzeg rany wraz z mięśniem skrzydlastym wewnętrznym odciągnięto ku wewnątrz a lewym palcem wskazującym wszedł operujący w głąb rany celem odszukania listewki kostnéj (*lingula*) oznaczającéj wejście nerwu w kanał kostny; lecz wszelkie usiłowania pod tym względem okazały się daremnemi, wyczułem tylko nerw językowy nieco w tył i ku wewnątrz położony, nerwu zas dolnoszczękowego domacać się nie mogłem. Rozszerzyłem przeto ranę z 2cm. ku górze i dołowi po 1cm. (razem więc do 4cm.) a po ustąpieniu krwawienia starałem się wzrokiem i dotykiem sprawę sobie ułatwić. Dopiero po półgodzinnych usiłowaniach udało mi się nerw za pomocą haczyka na zewnątrz wydobyć, centralnie i peryferycznie naciągnąć, a w końcu przeciąć. Ten raz jedyny robiłem tę operacyję na żywym i pozostało mi po niéj tak fatalne wrażenie, że więcéj nie kusiłbym się o jéj wykonanie. To też i przebieg rany był zupełnie odpowiedni takiemu niedelikatnemu postępowaniu. Zaraz wieczór tego samego dnia obrzękla prawa połowa twarzy i szyi bardzo znacznie; obrzęk ten był twardy, skóra na nim połyskująca, wydzielina z rany dosyć obfita i cuchnąca. Zaordynowano okłady z lodu i częste przepłukiwania ust lekkim rozczynem nadmang. potasowego. Podwyższenie ciepłoty nieznaczne, bo wieczorem do 38°C. dochodzące. Kaszel, pomimo że badanie płuc nie wykazuje żadnych zmian. Osłabienie coraz większe, tak iż 4go dnia po operacyi chory w nocy życie zakończył.

Rozbiór zwłok dokonany przez prof. Dra Browicza wykazał: *Aneurysma sacciforme arteriae carotidis internae dextrae in cavo cranii, subsequa compressione et atrophia hemisphaerae dextrae. Infiltratio purulenta telae subcutaneae et intermuscularis faciei dextrae et colli. Suppuratio parotidis dextrae peripherica. Degeneratio musculi cordis adiposa insignis. Tumor lienis chronicus. Pleuropneumonia crouposa dextra lobi inferioris (hepatisatio rubra).*

Ze szczegółowego protokołu sekcyjnego dodaję tylko opis samego tętniaka: Opona twarda mózgu gładka, w okolicy prawego otworu wzrokowego (*for. opt.*) podniesiona w kształcie guza kulistego wielkości dużego orzecha włoskiego, sterczącego więcéj ku górze i zewnątrz i mieszczącego się w tak zwaném *cavum Meckelii*, ztąd też *foramen opticum* i przez nią przechodzący nerw wzrokowy są wolne, podczas gdy najbardziéj ucierpiały od ucisku nerwy wychodzące przez obydwie szpary oczodołowe i przez otwór okrągły, a więc wszystkie trzy gałęzie pary piątéj jako też nerw bloczkowy, okoruchowy i odwodzący. Worek tętniaka wypełnionym był dosyć zbitemi skrzepami. Tak więc rozbiór zwłok potwierdził nasze rozpoznanie, tj. że przyczyna nerwobólów była ośrodkową, a więc nożowi chirurga niedostępną. Wykazanie tętniaka jakiejkolwiek tętnicy wśród czaszki jest prawie niemożebném i polegać może na domysłach. W każdym razie poucza mnie niniejszy przypadek, że przy rozpoznawaniu przyczyn należy w razie braku innych widocznych myśleć o tętniaku śródczaszkowym, gdyż nas to zaprowadzić może do szczęśliwego wyboru środka leczniczego. Mam tu na myśli podwiązanie tętnicy szyjowéj głównéj, który to sposób podanym i użytym był już oddawna przez Patrubana (1853) i Nussbauma (1863), chociaż bez pewnych naukowych wskazań.

Jeżeli inni autorowie radzą, aby zanim się przystępuje do neurektomii wypróbować wszystkich możliwych środków wewnętrznych i zewnętrznych, to ja dodałbym na podstawie niniejszego przypadku, że przed przystąpieniem do neurektomii należałoby także poprzednio wykonać, osobliwie w przypadkach pochodzenia śródczaszkowego, podwiązanie tętnicy szyjowéj (*carotis comm.*), boć, jeżeli jest przyczyną nerwobólów nie tętniak lecz jakiś nowotwór, to podwiązanie tętnicy wcale stanu chorego nie pogorszy, a w pierwszym razie albo chwilowo albo nawet i doszczętnie pomódz może. Że tętniaki dosyć często muszą być przyczyną nerwobólów, wnoszę z tego, że na kilkanaście przypadków przezemnie obserwowanych raz jak w obecnym na pewno, a w drugim z wszelkiem prawdopodobieństwem, przypuścić musiałem, że tętniak sprawia ucisk na nerw, gdyż i wzdłuż tętnicy szyjowéj prawéj znachodziły się wrzecionowate rozszerzenia tejże. Nadto wykazali Brinton, Crisp, Zehender i inni, że tętniaki śródczaszkowe bardzo często się wydarzają.

Daléj poucza nas ten przypadek, że rzeczywiście zboczenie w osi gałki ocznéj ku wewnątrz i nieco ku górze przemawia za przyczyną śródczaszkową, t. j. za uciskiem w okolicy przebiegu nerwów mięśnie oka przebiegających, jakiego zaś ona rodzaju jest, tego niepodobna rozeznać za życia, jak to już wyżéj wspomniałem. Ostatecznie jeszcze przyczynia się przypadek ten do tém silniejszego potępienia metody Paraviciniego, którą słusznie i König w najnowszém wydaniu swego podręcznika odrzuca. Sposób ten jest nawet na trupie trudnym do wykonania, a cóż dopiero na żywym; nadto dał on w moim przypadku powód do ostrego gwałtownego zapalenia ropnego tkanki łącznéj i stał się przez to przyczyną śmierci, tak jak to miało miejsce w przypadku opisanym przez Nicoladoniego. Jeżelibym się więc kiedy jeszcze zdecydował na odszukiwanie tego nerwu bez naruszenia kości żuchwowéj, to chyba sposobem opisanym przez Lückego i Sonnenburga, t. j. od zewnątrz po za kątem szczęki dolnéj, przy zwieszonéj głowie, gdyż nie obraża się natenczas błony śluzowéj i ma się możność zastósowania antyseptyki; chociaż i o tym sposobie powiedzieć muszę, że jest również nader trudnym i mozolnym, o czém się każdy na trupie przekonać może.

Jakież było moje zdziwienie, kiedy pisząc te słowa dostałem do ręki Nr. 38 tegorocznéj *Medycyny*, gdzie Dr. Perkowski nietylko że gorąco zachwala ów sposób ale nazywa go swoim, przez siebie wynalezionym sposobem. Bardzo to dobrze świadczy o samodzielności Dra Perkowskiego i jego wiadomościach z anatomii — lecz dla Boga jak najgorzéj o znajomości literatury najnowszéj. A gdzież przypadki Meusla, Menzla, Billrotha, Mosetiga a przed innymi Szeparowicza, który ostatni był umieszczonym w Przeglądzie Lekarskim?

2) Szymon A., lat 60 liczący, wieśniak ze Szlązka pruskiego, cierpi od lat 6 na bóle w okolicy szczęki dolnéj po stronie lewéj, powtarzające się po kilkadziesiąt razy w ciągu doby. Przed dwoma laty był operowanym we Wrocławiu i pokazywał nam bliznę na brodzie świadczącą o tém, że musiał być resekowanym nerw bródkowy (*n. mentalis*). Skutek dobry po téjże operacyi utrzymywał się tylko przez pół roku. Rozpromieniania na inne gałęzie nie było żadnego, a ucisk na nerw dolnoszczękowy wywoływał natychmiast napady. Nauczony doświadczeniem z poprzedniego przypadku postanowiłem odsłonić nerw w samym kanale kostnym. Po zachloroformowaniu wykonałem cięcie kątowate na brzegach zewnętrznych gałęzi szczęki dolnéj, oddzieliłem mięsień żwacz i odsłoniłem przednią powierzchnię gałęzi szczęki dolnéj, a po

wydłutowaniu otworu sięgającego do kanału dolnoszczękowego wyciąłem 1cm. z nerwu tamże przebiegającego. Opatrunek antyseptyczny. Po operacyi utrzymywały się bóle przez kilka dni, chociaż w mniejszym stopniu niż przedtém. O dalszym losie chorego nic mi nie wiadomo, gdyż tenże przypisując wczesnemu zagojeniu rany powrót bólów po pierwszéj operacyi opuścił zakład w kilka dni po operacyi, pomimo przedstawienia mu, że to sprawę tylko pogorszyć może.

3) Józef S., lat 52 liczący, wieśniak, cierpi na nerwobóle od lat 16tu. Z początku przychodziły napady rzadko, w ostatnich czasach często, tak że w ciągu doby przypada od 7miu do 20tu napadów bardzo silnych po kilka minut trwających. W czasie napadu chory nic mówić nie może, ślinienie znaczne. Chory nie może oznaczyć, zkąd ból bierze początek, a przy badaniu wywołać można napad tak uciskając na nerwy podoczodołowe po obu stronach, jako też na nos, na czoło lub szczękę dolną przy wejściu w nią nerwu. Dopiero po kilkakrotném zastrzyknięciu morfinu ustąpiły bóle rozpromieniane a pozostał tylko jeden punkt bolesny, t. j. miejsce wyjścia nerwu podoczodołowego prawego. Skonstatowawszy to wykonałem mu w dniu 8 lutego b. r. neurektomiję nerwu podoczodołowego sposobem Wagnera, t j. z podniesieniem gałki ocznéj i wydłutowaniem górnéj ścianki kanału podoczodołowego. Rezultat operacyi był wyśmienity. Rana zagoiła się w 2 tygodniach, a w tymże czasie nie było ani jednego napadu.

4) W czerwcu b. r. zgłosiła się do mnie młoda panna uskarżająca się na dokuczliwy ból w prawym policzku i w okolicy prawego stawu żuchwowego, trwający już od 3ch miesięcy, przeciw któremu przeróżnych środków bez skutku używała. Przypomniawszy sobie sposób Richeta w ostatnich czasach ze skutkiem używany przez Dra Perkowskiego (*Medycyna* 1880, 40) wykonałem jéj przecięcie gałązek nerwu usznoskroniowego za pomocą małego lecz dosyć głębokiego cięcia między tętnicą a przeciwskrawkiem ucha. Krwawienie nieznaczne, natychmiastowe ustąpienie bólu. Po trzech tygodniach widziałem pacyjentkę zupełnie zdrową.

II. Z kliniki chirurgicznéj Prof. Billrotha w Wiedniu.

O użyciu jodoformu w leczeniu ran

Skreślił Dr. Jan Mikulicz
asystent powyższéj kliniki i docent prywatny w Uniwersytecie wiedeńskim.

(Dokończenie. Patrz Nr. 44).

Po tych wszystkich naszych doświadczeniach możemy bezsprzecznie twierdzić, że na tkanki gruźlicą dotknięte jodoform swoisty wpływ wywiera, tj. zmienia takowe w zdrowe tkaniny i w ten sposób niejako działa przeciw gruźlicy.

Może nam zarzucą, że tak w naszych jakoteż w przypadkach Mosetiga zawsze najprzód w drodze operacyi (odpiłowaniem lub wypróżnieniem) wydalono gąbczaste masy a dopiero potém stósowano leczenie jodoformem, tak, że jodoformowi chyba tę zasługę przypisać należało, iż on tylko rychłe recydywy powstrzymuje. Lecz i my początkowo nad tém zastanawialiśmy się i stósowaliśmy jodoform w kilku przypadkach wprost na gąbczastą ziarninę i na błonę gruźlicową ropni. Jednak i tu okazał się ten sam swoisty wpływ tego leku, gdyż pod nim zwolna wytwarzała się czysta ziarnina. Jeżeli zatém tego sposobu leczenia nie zalecamy, to powodem tego jest nader powolne gojenie się, jeżeli przedtém nie wydalono gąbczastych mas sposobem mechanicznym.

Działanie bowiem jodoformu jest według naszych doświadczeń wyłącznie miejscowe, tj. ogranicza się ono tylko do tkanek, z któremi w bezpośredniém zetknięciu zostaje. Mosetig miał uważać w kilku przypadkach i działanie w dal, tj. wpływ jodoformu na odległe ogniska zaniemożenia, czego jednak potwierdzić nie jesteśmy w stanie. W kilku przypadkach widzieliśmy nawet tworzenie się ogniska gąbczastego w najbliższém sąsiedztwie zastósowanego jodoformu. Również nie byliśmy w stanie zauważyć ogólnego działania przeciwgruźliczego; podczas leczenia jodoformem umarł nam jeden chory z gruźlicy płucnéj, a drugi z gruźlicowego zapalenia opon mózgowych.

Jak z jednéj strony działanie jodoformu jest czysto lokalne, tak też ma ono swoje granice co do czasu; albowiem jodoform działa dopóki jest w bezpośredniém zetknięciu z tkanką, nie chroni jéj przeto przed recydywą, jak tego niestety kilkakrotnie doświadczyliśmy. Powiadam „niestety“, albowiem mieliśmy z początku tę śmiałą nadzieję, że skutkiem leczenia jodoformem każda gąbczasta zmiana raz na zawsze zostaje wykluczoną. Nie śmiem i tego przemilczeć, że jest dość wiele ciężkich przypadków próchnienia kości i stawów, opierających się stanowczo także leczeniu jodoformem; wprawdzie pojawia się początkowo wyraźne polepszenie, występuje czysta ziarnina, wydzieliny zmniejszają się, lecz rana nie goi się ostatecznie. Kładę na to wyraźnie nacisk, aby się nie dano omamić zbyteczną wiarą w jodoform i nie leczyć nim konserwatywnie całkiem spruchniałych stawów u osób wynędzniałych, zamiast takowe amputować .... *sunt certi denique fines:* ma też i leczenie jodoformem swoje granice.

Co się zaś tyczy technicznéj strony, to muszę jeszcze zauważyć, że od czasu owych dwóch śmiercią zakończonych przypadków zatrucia jodoformem unikamy skrupulatnie stósowania znaczniejszych ilości jodoformu a szczególnie po operacyjach w skutek gruźlicy kości i stawów, a ostrożność ta tém bardziéj jest obecnie na miejscu, ile że ostatniemi czasy nadchodzą także i zkądinąd sprawozdania o zatruciach jodoformem [1]). Obecnie wypełniamy większe rany nie jak Mosetig proszkiem jodoformowym, lecz gazą jodoformową i podsypujemy pod nią co najwięcéj cienką tylko warstwę jodoformu. Skutek jest jednakowy. W najgorszym razie potrzeba tu i owdzie częstszej zmiany opatrunku; za to jednak unika się tém pewniéj zatrucia, gdyż od owego czasu nie spostrzegliśmy już żadnych groźnych objawów działania jodoformu.

Jodoform okazuje się skutecznym środkiem dla swego przeciwgruźlicowego działania nietylko w opatrywaniu ran, ale także w innéj formie zastósowania, o czém radbym jeszcze parę słów dodać.

I tak naprzód używałem jodoformu do wstrzykiwań miąższowych w świeżych przypadkach gąbcza-

[1]) Henry (Wrocław) (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1881, Nr. 34). Dla zaspokojenia czytelnika muszę przytoczyć, że w dwóch przypadkach Henryego chodziło o zastosowanie ogromnych ilości jodoformu; w pierwszym przypadku zaaplikowano 100 do 150, a w drugim 150 do 200 gramów jodoformu.

stego zapalenia stawów i osiągnąłem niemi zadowalające skutki. Używałem do tego rozczynu eterowego (1 : 5) i wstrzykiwałem w gąbczaste masy i w staw po $^1/_2$ strzykawki Pravaza dwa razy tygodniowo. Wstrzyknięcie takie wywołuje żywy, lecz krótko trwający, ból, któremu towarzyszy częstokroć lekkie oddziaływanie (większe opuchnienie i czułość). Lecz w 3ch przypadkach, w których téj metody doświadczałem, spostrzegłem, że już po 4éj strzykawce obrzmienie szybko opadało, bóle się zmniejszyły, a po 4 do 5 tygodniach zeszło obrzmienie na stawach zupełnie. W dwu przypadkach chodziło o zapalenie stawu kolanowego, a w jednym o zapalenie stawu stopowego. Zalecilbym ten sposób leczenia tylko w świeżych, tj. w takich przypadkach guza białego, w których jeszcze nie przyszło do ropienia.

Daléj używałem jodoformu w postaci zawiesiny (1 część jodoformu, 8 części gliceryny i 4 części *ol. olivarum*) w kilku przypadkach ropni ściekowych. Wypróżniłem ropień aspiratorem Dieulafoya o ile możności zupełnie, potém wstrzyknąłem tą samą strzykawką 50 do 120 gramów wyżwspomnianéj emulsyi i założyłem silny opatrunek uciskowy paskami sparadrapu. Chorzy wytrzymali ten proceder doskonale i byli w stanie natychmiast wrócić do swego zajęcia; chodziło najczęściéj o ropienie na udzie. W kilku przypadkach powtórzyłem powyższe postępowanie; w innych razach jednak wystarczyło jedno wypróżnienie i nastrzyknięcie, aby ropnie grożące pęknięciem usunąć; czy wyleczenie było trwałe, nie mogę twierdzić, ponieważ obserwacyja trwała ledwie 3—4 miesięcy. Zalecilbym ten sposób leczenia szczególnie w przypadkach ropienia ściekowego, pojawiającego się nie rzadko na udzie, które choremu nadzwyczaj zawadzają, a których dotychczas rzadko który chirurg dotknąć się ważył.

Wreszcie wspomnę tu o tém, żeśmy w klinice w jednym przypadku jątrzącego liszaja żrącego uważali podobne działanie swoiste, jak w naciekach gruźliczych, lecz zdaje się, że i w tych razach działanie jodoformu jest tylko czysto lokalne, tak, że na głębsze nacieki żadnego wpływu nie widać. Obszerniejsze doświadczenia pod tym względem robił ostatniemi czasy Dr. Riehl w klinice prof. Kaposi'ego we Wiedniu.

Jeżeli tedy rzucimy okiem na nasze dotychczasowe doświadczenia co do wartości jodoformu jako środka opatrunkowego w leczeniu ran, możemy wynik tychże zestawić w następujących twierdzeniach:

1) We wszystkich przypadkach, gdzie chodzi o bezpośrednie zastósowanie jakiegoś środka przeciwgnilnego na ranę, jodoform jest najlepszym środkiem i pod tym względem zasługuje na pierwszeństwo przed wszystkiemi innemi środkami przeciwgnilnemi.

2) Opatrunek jodoformowy we formie powyż podanéj jest w stanie zupełnie zastąpić opatrunek Listerowski gazą jodoformową, a dla swéj prostoty i pewności zasługuje na pierwszeństwo przed Listerowskim.

3) Leczenie jodoformem można nawet w takich przypadkach stósować, gdzie metody Listerowskiéj dotychczas nie było można użyć; dopiero za pomocą jodoformu rozszerzyliśmy pole ściśléj *antisepsis* na wszystkie możliwe rany.

4) Na rany i wrzody już zakażone działa jodoform szybciéj i pewniéj niż inne środki przeciwgnilne, nie drażniąc bynajmniéj tkanek.

5) Na nacieki kilowe, gruźlicze, zołzowe i liszaju żrącego działa jodoform, nietylko przeciwgnilnie, ale nadto w sposób swoisty.

Zważywszy tedy to wszystko, sądzę, że zupełnie będę wytłumaczonym, jeżeli zakończę twierdzeniem, iż wprowadzenie jodoformu do leczenia ran stanowi największy postęp, jaki uczyniła chirurgija od czasu ogłoszenia metody przeciwgnilnéj Listera.

III. O napełnianiu wód żelezistych.

Przez Dra K. Olszewskiego,
Prof. Uniw. Jagiell.

Wiadomo, że wody mineralne żeleziste przechowywane we flaszkach, nawet szczelnie zakorkowanych, po niejakim czasie tracą częściowo lub całkowicie żelazo, które wydziela się w postaci wodnika żelazowego jako osad ceglasty lub téż jako powłoka na ścianach flaszki. Pierwotnie przypisywano wydzielanie się wodnika żelazowego utracie kwasu węglowego, lub téż utrzymywano, że węglan żelazawy znajduje się w różnych wodach żelezistych w różnym stanie połączenia, w skutek czego jedne wody łatwiéj, inne trudniéj żelazo wydzielają. Vetter jednak wykazał pierwszy, że woda zawierająca w wielkiéj obfitości kwas węglowy wolny może utracić całkowicie żelazo z rozczynu w skutek działania powietrza, a mianowicie tlenu w powietrzu zawartego. Sole żelazawe w ogólności zamieniają się łatwo przez działanie tlenu w sole żelazowe; ponieważ zaś wodnik żelazowy z kwasem węglowym nie wchodzi w związek, więc wydziela się w postaci osadu ceglastego. Otóż wody żeleziste stykają się już w samym zdroju z powietrzem, jeżeli nie wywiązuje się z wody dość obfita ilość kwasu węglowego, którąby ją chroniła od zetknięcia z powietrzem. Następnie podczas czerpania i nalewania wody do flaszek styka się ona znaczną powierzchnią z powietrzem i zagęszcza w sobie takowe. Pamiętać również należy, że ciała stałe, a więc i wewnętrzne ściany flaszki, zagęszczają na powierzchni powietrze, które nie łatwo wydaloném być może. Jeżeli nadto po zakorkowaniu zostawi się we flaszce trochę powietrza pod korkiem, natenczas woda taka może zawierać taką ilość tlenu, która wystarczy do całkowitego wydzielenia żelaza z rozczynu.

Łatwo obliczyć można ilość powietrza potrzebną do całkowitego wydzielenia żelaza w jednéj flaszce wody mineralnéj. I tak biorąc np. nasze krajowe wody żeleziste otrzymamy następujące wypadki:

Jeden litr wody Żegiestowskiéj zawiera według mego oznaczenia 0·029 gm. FeO,CO_2 czyli 0·018 gm. FeO. W jednéj flaszce około 600 c. sz. pojemności mieści się zatém 0·011 gm. FeO, która to ilość wymaga tylko 4·15 c. sz. powietrza do całkowitego utlenienia się na Fe_2O_3.

Jeden litr wody Krynickiéj zawiera (również według mego oznaczenia) 0·023 gm. FeO,CO_2 czyli 0·014 gm. FeO; w jednéj flaszce mającéj około 600 c. sz. pojemności znajduje się więc 0·0084 gm. FeO, która to ilość wymaga tylko 3·17 c. sz. powietrza do całkowitego wydzielenia się z rozczynu.

Ponieważ tak małe ilości powietrza wystarczają do zupełnego wydzielenia żelaza z wody żelezistéj, należałoby przeto w celu zabezpieczenia wody od rozkładu wykluczyć zupełnie przystęp powietrza. Znane metody napełniania wód

żelezistych zmierzają rzeczywiście do tego, nie można jednak powiedzieć, że wszystkie ten cel osiągnęły.

Ze znanych metod napełniania wód żelezistych zasługują na uwagę: metoda Hechta, metoda igiełkowa i metoda Freseniusa.

Metoda Hechta, mająca zastósowanie w Krynicy, polega na têm, że flaszki wypełnia się wodą żelezistą przy pomocy leja blaszanego i rurek cynowych sięgających aż do dna flaszek, w chwili zaś korkowania wypełnia się próżną przestrzeń znajdującą się pod korkiem, kwasem węglowym wywięzującym się ze zdroju, który na ten cel zagęszczany bywa w obszernych balonach miedzianych.

Metoda igiełkowa, używana w Żegiestowie, polega na têm, że po napełnieniu flaszek wodą czerpaną ze zdroju korkuje się takowe w ten sposób, że obok korka wsuwa się igiełka czyli blaszka mosiężna zaopatrzona w rowek. Przez ten rowek wytryska woda wypchnięta korkiem, tak że po wyjęciu igiełki nie pozostaje pod korkiem albo wcale nic powietrza albo têż tylko bardzo maleńka bańka.

Fresenius po wielu próbach i badaniach czynionych z wodą Schwalbachską podał następujący sposób napełniania wód żelezistych: Flaszkę napełnia się najprzód wodą przez zanurzenie w zdroju, następnie odwraca się ją otworem na dół i zakłada na otwór leja blaszanego umieszczonego na dnie zdroju tak, że jego otwór zostaje pod zwierciadłem wody. Po wypełnieniu się flaszki kwasem węglowym wywięzującym się ze zdroju odwraca się ją napowrót otworem do góry nie wyjmując jednak takowego nad powierzchnię wody i ustawia na dnie zdroju. Kiedy się flaszka wypełni wodą bez przystępu powietrza, korkuje się takowa, wydalając powietrze znajdujące się pod korkiem za pomocą kwasu węglowego przy pomocy wspomnianego leja.

Pomijam metody polegające na dodawaniu do wody żelezistéj ciał zapobiegających wydzielaniu się żelaza jakoto: podsiarczynu sodowego lub kwasu cytrynowego, ponieważ te ciała zmieniają skład wody w sposób niekorzystny i zatracają jéj ważną cechę naturalnéj wody żelezistéj.

Z powyżéj opisanych metod, metoda Freseniusa według zdania znakomitego autora tejże, zapobiega rzeczywiście wydzielaniu się żelaza, ponieważ napełnianie odbywa się bez przystępu powietrza a przez poprzedzające wypełnienie flaszki kwasem węglowym powietrze zagęszczone na zewnętrznych ścianach flaszki w skutek dyfuzyi przez tenże kwas bywa zastąpione. Jednakowoż metoda Freseniusa wymaga tyle zachodów i czasu, tak jest niewygodną przez ustawiczne nachylanie się robotników nad zdrojem w atmosferze napełnionej kwasem węglowym, jakotéż przez ciągłe nurzanie flaszek w zdroju i poruszanie dna zdroju, w skutek czego woda łatwo się mąci, że do napełniania na większą skalę wcale nie jest odpowiednią i z tego powodu tylko wyjątkowe znajduje zastosowanie.

O ile zaś metoda Hechta i metoda igiełkowa zapobiegają wydzielaniu się żelaza można się przekonać z następujących oznaczeń żelaza, które w różnych czasach wykonałem w wodzie Krynickiéj, Żegiestowskiéj i Francensbadzkiéj.

1) Oznaczenie żelaza w wodzie Żegiestowskiéj we flaszkach napełnianych metodą igiełkową, nadesłanych do Komisyi balneologicznéj w r. 1877 przez właściciela Żegiestowa.

W 1.000 gm. téj wody znaleziono:

Składników stałych	1·4584 gm.
Węglanu żelazawego w rozczynie	0·0044 gm.
Tlenku żelazowego wydzielonego na ścianach flaszki	0·0165 „
odpowiadające FeO,CO_2	0·024 „

2) Oznaczenie żelaza w wodzie Krynickiéj we flaszkach napełnianych przez Dra Zieleniewskiego w r. 1878.

a) Woda Krynicka napełniana metodą Hechta dnia 24/5 1878, badana dnia 11/8 1878, zawierała w 1000 c. sz. 0·002 gm. FeO,CO_2 w rozczynie, reszta zaś, t. j. około 0·20 gm. FeO,CO_2 wydzieliło się na ścianach flaszki.

b) Woda Słotwińska napełniana metodą igiełkową dnia 17/7 1878, badana dnia 11/8 1878 zawierała w 1000 c. sz. 0·012 gm. FeO,CO_2 w rozczynie, resztę zaś t. j. około 0·010 gm. FeO,CO_2 wydzieliła się na ścianach flaszki. W drugiéj flaszce, tak samo napełnionéj, znaleziono tylko 0·006 gm. FeO,CO_2 w rozczynie.

3) Oznaczenie żelaza w wodzie Krynickiéj, Żegiestowskiéj i Francensbadzkiéj kupionéj w handlu Wentzla 11 lipca 1881.

a) Woda Krynicka, napełniana metodą Hechta, zawierała na 1000 c. sz. 0·0013 gm. FeO,CO_2 reszta zaś, t. j. około 0·020 gm. FeO,CO_2, wydzieliła się na ścianach flaszki.

b) Woda Żegiestowska, napełniana metodą igiełkową, zawierała na 1000 c. sz. 0·017 gm. FeO,CO_2 w rozczynie, reszta zaś, t. j. około 0·012 gm., wydzieliła się na ścianach flaszki.

c) Woda Francensbadzka nie zawierała wcale żelaza w rozczynie lecz wszystko w osadzie.

(Dokończenie nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Buchner: Skutki dwoinek w ustroju żywym.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 44).

Doniosłe znaczenie umiejscowienia chorób zakaźnych występuje na jaw w wyborze leczenia ich odpowiedniego. Jak wiadomo, posługujemy się przeciw dwoinkom dwoma rodzajami środków. Jedne z nich przeszkadzają mnożeniu dwoinek w sposób bezpośredni, działając trująco, oczywiście nie tylko na nie, lecz i na tkanki ustrojowe, w których one tkwią [1]). Drugie wywierają wpływ dla dwoinek niekorzyrzystny tylko pośrednio, zwiększając opór tkanek przeciw ich mnożeniu się. Otóż niektórzy teoretycy radziby pierwsze z wymienionych leków uznać za radykalne w chorobach zakaźnych, i sądzą, że dosyć jest napoić jednym z nich cały ustrój zwierzęcy, aby go obronić od dwoinek. Co do jakości leku tudzież zgęszczenia potrzebnego w tym celu, to chcieliby stosować kwas bedźwinowy w stosunku 1‰ na téj zasadzie, że w doświadczeniach ze znaną pożywką Pasteura dodatek taki zapobiega rozpłodowi dwoinek. Klebs, główny przedstawiciel tego kierunku, bierze za podstawę obrachunku tylko ilość krwi, chociaż środki, o których rzecz, wprowadzone do ustroju, nie ograniczają się przecież do krwi, lecz wnikają w soki tkanek. Przypuściwszy atoli, że

[1]) Zowiemy je pospolicie przeciwgnilnemi *(antiseptica)*, nazwa ta atoli jest za szczupłą dla pojęcia, które ma wyrażać. Stosuje się bowiem nietylko do tego rodzaju dwoinek, które sprawiają gnicie w znaczeniu właściwém, lecz i do innych rodzajów, wywołujących odmienne od gnicia sprawy.

dałyby się ograniczyć tylko do krwi, to jeszcze musiałyby chybić często celu, ponieważ krew w nielicznych tylko chorobach bywa siedzibą przyrzutu, to jest miejscem, gdzie takowy się rozmnaża. Na każdy więc sposób należałoby poddać dezinfekcyi nie tylko krew, lecz i całą ilość soków wypełniających tkanki. Gdybyśmy te zaś ocenili tylko na 65% ciężaru ciała, to dla człowieka ważącego 62 kil., potrzebaby nie mniéj jak 42 grm. kwasu będźwinowego, chcąc osiągnąć zgęszczenie 1‰. Nie dość na tém, owych 42 grm. nie możnaby zadawać częściowo, np. w ciągu jednego dnia, chodzi bowiem przecie o to, aby otrzymać chociaż takie zgęszczenie, które w pożywce Pasteura nie zabija wprawdzie dwoinek, ale przynajmniéj zapobiega ich mnożeniu się. Chcąc zaś osiągnąć taki skutek, trzebaby co najmniéj podwiązać wprzód nerki, celem zapobieżenia wydzieleniu lekarstwa, a następnie całe 42 grm. wlać naraz do naczyń! Żołądek bowiem i kiszki nie byłyby w stanie wessać tak znacznéj ilości.

Przykład powyższy wystarczy zapewne, aby wykazać że dezinfekcyja całego ustroju nie da się osięgnąć nawet za pomocą tak dzielnego środka, jakim jest kwas będźwinowy. Lecz to jeszcze jest pomniejszy zarzut. Drugi jest ważniejszy, odnosi się bowiem do saméj zasady powyższych usiłowań leczniczych. Te mają na względzie tylko przyrzut, a spuszczają zupełnie z uwagi tkanki same. Tymczasem, bacząc na ostatnie, należy potępić z góry wszelkie leczenie przeciwzakaźne, które, działając za pośrednictwem krwi i soków tkankowych, ma na celu ustrój cały. Wszelkie bowiem znane środki przeciwzakaźne szkodzą daleko więcéj komórkom ludzkim niż dwoinkom, które z pomiędzy wszystkich ustrojów odznaczają się najtwardszém życiem. Miejscowo (np. na ranę) można bez wątpienia działać silnie środkami przeciwzakaźnemi, warstwy bowiem komórek na działanie ich wystawione, stoją w związku z tkanką prawidłową i pobierają od niéj krew i soki niezmienione: okoliczność, która utrzymuje ich żywotność, i nie dozwala nasiąkać istotami szkodliwemi. W najgorszym zaś razie strata kilku warstw komórek, lekiem wyrządzona, jest dla ustroju jako całości małego znaczenia. Stosowanie więc na ranę środków przeciwzakaźnych, jeśli nie przekracza pewnéj miary, nie przeszkadza tworzeniu się tkanki nowéj i sprawia gojenie w ogóle. Całkiem zaś rzecz się ma inaczéj, gdy lek zatruł źródło odżywiania, z którego komórki czerpią materyjał do swych czynności żywotnych. W takim bowiem razie komórki owe (przy dezinfekcyi ogólnéj ustrój cały) muszą zginąć daleko prędzéj, zanim leki przeciwzakaźne dojdą do stopnia zgęszczenia, szkodliwego dwoinkom. Lecz i taka nawet ilość leku przeciwzakaźnego, która nie uśmierza tkanek, nie jest wcale bez niebezpieczeństwa dla przebiegu sprawy chorobowéj. Może się bowiem stać szkodliwą w sposób pośredni mianowicie ten, że gdy lek przeciwzakaźny zostanie wydzielonym z ustroju, znika ochrona, jaką dawał przeciw dwoinkom, pozostaje zaś skutkiem zatrucia tkanek, przezeń sprawionego, zmniejszenie siły ich oporu, co czyni je przystępniejszemi dla dwoinek. Że tak się dzieje, nie jest prostym domysłem, liczne bowiem doświadczenia różnych badaczy stwierdziły zgodnie, że wprowadzenie do ustroju zwierzęcego środków przeciwgnilnych dawało pochop do rozmnożenia się w nim dwoinek gnilnych, aczkolwiek dowóz ich z zewnątrz bywał wstrzymanym. Zkąd one się w ustroju wzięły, łatwo odgadnąć. Podobnie jak przyrzuty chorobowe wnikają w nasze soki i tkanki przez płuca lub kiszki, tak samo i dwoinki gnilne dostawać się muszą ciągle do krwi, a z niéj do wszystkich narządów, gdzie atoli w warunkach prawidłowych giną. Tak więc stosowanie środków przeciwzakaźnych, czy to na rany czy na powierzchnię dróg oddechowych, czy wreszcie na wewnętrzne narządy, wspiera właśnie to, czemu zapobiedz miało, jeżli tylko jest przemijającém. Przeciwnie zaś chirurgija zawdzięcza wielki postęp ostatnich lat tylko ciągłemu działaniu przeciwzakaźnemu. W téj metodzie stosowania tkwi zasadnicza różnica, jaka zachodzi między zbawiennością środków przeciwzakaźnych w chirurgii a szkodliwém najczęściéj ich działaniem w leczeniu wewnętrzném. Tam pewną, ograniczoną część tkanek chronimy bez krzywdy całego ustroju tak długo przed dwoinkami za pomocą opraw przeciwzakaźnych, aż tkanka nabędzie prawidłowéj siły oporu przeciw ich napaści. Im więcéj ta siła się wzmaga, tém słabszego potrzeba działania przeciwzakaźnego. Na tém właśnie polega wielka zasługa Listera, że dowiódł, jak małe ilości środków przeciwdwoinkowych wskazane są wśród warunków korzystnych, aby odbudowie tkanki jak najmniéj wadziły. Dla tego téż metoda Listerowska okazuje się bezsilną tam, gdzie siła oporu tkanek zupełnie znikła. Przykład tego dają nam procesy zgorzelinowe chorych na cukrówkę (*diabetes*), gdzie żadna metoda przeciwzakaźna postępu zniszczenia wstrzymać nie może.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Rossbach: O użyciu papajotynu jako środka rozpuszczającego błony wrzekome.

Mamy już papajotyn w Krakowie i zapewne niejeden z kolegów zechce spróbować tego środka w walce z błonicą; streszczam wyniki doświadczeń Rossbacha w przekonaniu, że mogą one być teoretyczną podstawą do klinicznego zastósowania papajotynu.

Doświadczenia: 1) Przeżuwając kawałek papajotynu otrzymujemy smak kredy; rozczyn 20% jest również smaku nijakiego. Papajotyn nie zmienia w niczém przybłonka jamy ustnéj.

2) Kawałek płuca królika namoczony w rozczynie 20% papajotynu, nawet po wielu dniach nie ulega zmianie, prócz utraty barwy i pewnego skurczenia się.

3) Przeciwnie rzecz się ma z kawałeczkiem (0,13) mięśnia, namoczonym w tymże samym rozczynie papajotynu, gdyż po upływie pół godziny rozkłada się on na włókienka.

4) Znaczny kawałek błony wrzekoméj, wydobyty z tchawicy po tracheotomii, rozpuścił się w 20% rozczynie papajotynu na drobne cząsteczki, które już po godzinie na dno naczynia opadły. Po 6 godzinach błona i rzeczone cząsteczki zupełnie znikły, a ciecz stała się zupełnie przeźroczystą.

5) W rozczynie 40% błona wrzekoma ulega nader nieznacznemu rozpuszczeniu.

6) Rozczyn ogrzany nie działa dzielniéj od chłodnego.

7) Równéj wielkości kawałki błony wrzekoméj były zamaczane w wodzie wapiennéj i w rozczynie bromowym (*Bromii 0,25, Kalii bromati 1,0, Aq. destill. 10.0*). Woda wapienna rozpuściła kawałek błony wrzekoméj w końcu trzeciego dnia; w rozczynie bromowym błona nie uległa zmianie w ciągu 6 dni.

Po wyczerpaniu całego zapasu papajotynu Rossbach robił dalsze doświadczenia z sokiem *Carica papaya*, który ma smak gorzkawy, kolor brunatny, rozpuszcza się tylko w wodzie zimnéj (1:8); rozczyn ten ma nader słabe dzia-

łanie rozpuszczające na błony wrzekome. Rozczynu tego soku *Carica papaya* (1:8) próbował Rossbach u dziecka chorego na ciężką błonicę; pędzlowano połyk co 5 minut, działanie rozpuszczające błony było bardzo znacznem, na nieszczęście zapalenie płuc zabiło dziecko i uniemożebniło wydanie jakiegoś uzasadnionego sądu o przyszłości *Carica papaya* w terapii błonicy. *(Revue de medecine*, październik 1881).

Dr. Kwaśnicki.

Guttmann i Smidt: **Częstość i znaczenie przybłonków pęcherzyków płucnych w plwocinie.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 44).

Wśród jakich chorób miąższu płucnego znajdujemy przybłonki płucne w plwocinie?

Należą tu najprzód odma, ociekina i zawał krwawy płuc. W świeżéj odmie płuc bardzo mało można znaleźć przybłonków płucnych w wodnistéj plwocinie. Dla napęcznienia przybłonków niekonieczną jest zmiana zapalna w pęcherzykach, wystarcza tu zetknięcie się ich z płynem. Zetknięcie to musi jednakże trwać przynajmniéj kilka dni; dla tego to w bardzo wczesnym okresie odmy płucnéj przybłonki te poawiają się w plwocinie tak rzadko, i to po części tylko zwyrodniałe tłuszczowo. Im dłużéj trwa odma, tém przybłonki w plwocinie stają się obfitsze, tém częściéj też spotykamy je podległe silnemu zwyrodnieniu myelinowemu. Tu należy przytoczyć zdanie naszych autorów, że myelinowe zwyrodnienie przybłonków pęcherzyków płucnych nie jest bynajmniéj charakterystyczną dla jakiéjkolwiek choroby płuc, jak to zdaje się przypuszczać Buhl. Myelinowo zwyrodniałe przybłonki płucne znajdujemy tak w zapaleniu płuc dławcowém jak i w suchotach, tudzież we wszystkich niezapalnych zmianach miąższu płucnego a nawet i we wszystkich przypadkach, w których przybłonki płucne pojawiają się w plwocinie, a więc niekiedy i u ludzi zdrowych. Jeden tylko do tego potrzebny jest warunek, mianowicie oddzielenie przybłonków od ich tkanki macierzystéj i pozostawanie ich dłuższy czas w tym stanie, dopóki nie zostaną wykrztuszone.

Wśród ociekliny płucnéj (w przebiegu duru brzusznego i osutkowego) podczas wysokiéj gorączki chorzy albo wcale nic nie odkrztuszają, lub też odrzucają plwocinę ropną, rzadko gdzieniegdzie komórkę przybłonkową z pęcherzyków płucnych zawierającą. W ozdrowinach zaś plwocina staje się skąpszą, białawo przeświecającą. Drobnowidowo wykazać można, że plwocina ta składa się przeważnie z przybłonków płucnych, w znacznéj części myelinowo zwyrodniałych. Plwocina ta odpowiada Buhlowéj *pneumonia desquammativa*, a występuje według naszych autorów wszędzie, gdzie istnieją warunki do oddzielenia się i pęcznienia przybłonków płucnych bez większéj domieszki ciałek ropnych.

W zawale krwawym plwocina cechuje się jednostajnem zmięszaniem ciałek krwi z przybłonkami pęcherzyków płucnych. Ztąd też te częściéj niż w zapaleniu płuc dławcowém zawierają czerwone ciałka krwi lub też są rdzawo zabarwione.

Szczególnego rodzaju plwocinę uważali autorzy u pijaka z lekką tylko rozedmą płuc. Skąpa, szaro przeświecająca plwocina, wykrztuszana po większéj części rano, pokryta była rdzawemi punkcikami, które się pod drobnowidem okazały jako przybłonki pęcherzyków płucnych zawierające ciałka krwawe.

Z pomiędzy zapalnych zmian miąższu płucnego plwocina chorych na zapalenie płuc dławcowe okazuje według autorów podczas całego przebiegu choroby przybłonki płucne. Zdanie zatém Thierfeldera, jakoby w chorobie téj przybłonki płucne nie ulegały zmianie, jest mylném. Nawet w czasie ozdrowin, gdy fizycznie nie można już wykazać resztek zapalenia, w skąpéj plwocinie znaleźć można liczne przybłonki płucne. Najwięcéj przybłonków znajduje się w szarych częściach plwociny, znacznie mniéj w częściach rdzawych lub cytrynowo-żółtych. W pierwszych dniach zapalenia przybłonków jest stosunkowo mało, po większéj części są tłuszczowo zwyrodniałe; po kilku już dniach, a przedewszystkiém w ozdrowinach, przeważa zwyrodnienie myelinowe.

W zapaleniu opłucny o tyle znaleźć można w plwocinie przybłonki płucne, o ile czynność płuca upośledzona jest przez przekrwienie bierne, ucisk, wytworzenie tkanin modzelowatych itd. W rannéj plwocinie można w takich razach wykazać przybłonki płucne, przeważnie myelinowo zwyrodniałe.

Co do suchót płucnych, to aczkolwiek cały szereg zmian patologicznych, począwszy od nieżytu szczytowego aż do wytworzenia jam w płucach, zdaje się bardzo sprzyjać pojawianiu się przybłonka płucnego w plwocinie, przecież często takowych nie znajdujemy. W plwocinie pochodzącéj z jam płucnych, gdy takowe wyścielone już są właściwą błoną, wykazać się daje prawie wyłącznie tylko ropa i masa rozpadowa; w okresie zaś szybkiego rozpadu, gdy wszystko prócz włókien sprężystych ulega zniszczeniu, nie ma oczywiście w plwocinie przybłonków pęcherzyków płucnych. Wyszukanie ich utrudnia zresztą towarzyszący silny nieżyt oskrzelowy.

Natomiast w wielkiéj ilości znajdują się przybłonki płucne w przypadkach tylko zapalnego lub surowiczego nacieku miąższu płucnego. Dotyczy to zwłaszcza uporczywego nieżytu szczytowego. Chory prawie niegorączkujący, z bardzo nieznacznemi objawami fizycznemi w szczytach płuc, odkrztusza z dnia na dzień, zwłaszcza rano, plwocinę skąpą ale przeważnie z przybłonków płucnych złożoną.

Podobnie ma się rzecz w tak zwanych zgęszczeniach szczytowych. Nieznaczne stłumienie, szmery oddechowe, może nieco osłabione lub nieoznaczone, z nielicznemi rzężeniami, których może nie dostawać zupełnie, brak gorączki, a przytém w plwocinie częste przybłonki pęcherzyków płucnych. Według tego co się rzekło, nie może być mowy o rozpoznawaniu t. zw. *pneumonia desquammativa* Buhla na podstawie plwociny.

W przebiegu prostego nieżytu większych oskrzeli u indywiduów młodszych (nieprzekraczających wiekiem lat 30), zdaniem naszych autorów, plwocina nie zawiera przybłonków płucnych. W zajęciu drobnych oskrzeli przyłączają się rychło zboczenia w krążeniu w samym miąższu, nadto przez dostawanie się do pęcherzyków płucnych wydzieliny oskrzelowéj powstają warunki do pęcznienia i odpadania przybłonków płucnych. I w tych razach jednakże przybłonki płucne w plwocinie są tylko odosobnione i rzadkie. Jakież więc jest znaczenie rozpoznawcze przybłonków płucnych w plwocinie?

Przedewszystkiém wynika z poszukiwań Guttmanna i Smidta, że plwociny zawierające twory w mowie będące nie mają żadnego znaczenia patologicznego u osobników powyżéj lat 30, u młodszych zaś nie są bynajmniéj pa-

tognostycznemi dla pewnéj odrębnéj choroby, gdyż przybłonki płucne znaleźć można w plwocinie w przebiegu chorób płuc tak niezapalnych (odma, zawał krwawy, ocieklina płuc) jako i zapalnych (zapalenie płuc dławcowe, zapalenie opłucny), nareszcie i w przebiegu rozpoczynającego się nieżytu szczytowego oraz przewłocznego nacieku w szczytach płuc.

Jak najwcześniejsze rozpoznanie nieżytu w szczytach płuc jest nader wielkiéj wagi. Badanie fizyczne zwykle tu nie wystarcza; bo skoro takowe wykazuje już rzężenia, choćby nader nieliczne, to sprawa chorobowa przekroczyła już zazwyczaj okres pierwszy a istnieją już ogniska naciekowe; w razie zaś istniejącego stłumienia odgłosu naciek już musi być znaczniejszy. Gdzie już w plwocinie znajdujemy włókna sprężyste, tam już miąższ płucny ulega rozpadowi. Znacznie wcześniéj niźli włókna sprężyste pojawiają się w plwocinie przybłonki pęcherzyków płucnych. Jest to zjawisko bardzo naturalne, ponieważ sprawa suchotnicza rozpoczyna się w najdrobniejszych oskrzelikach i pęcherzykach płucnych, pojawianie się przybłonków płucnych w plwocinie (pęczniejących skutkiem nasiąknięcia wypociną i oddzielających się) musi być jednym z pierwszych objawów sprawy chorobowéj. Jeżeli zatém u osobnika młodego można wykluczyć wszystkie inne przyczyny pojawiania się przybłonków płucnych w plwocinie, to na podstawie takiéj plwociny jesteśmy uprawnieni do rozpoznania schorzenia miąższu płucnego.

W ten sposób kilkakrotne wykazanie w plwocinie większych ilości przybłonków płucnych ma znaczenie rozpoznawcze dla nieżytu szczytowego, tj. dla poczynającéj się sprawy suchotniczéj. (*Ztschrft f. klin. Med.* III, 1). *Dr. St. Smoleński.*

Dr. O. Unruh: **Przyczynek do patologii błonicy.**

Autor wychodząc z zasady, że błonica jest chorobą infekcyjną, w pewnéj liczbie przypadków lokalną, w innéj znów z lokalnego cierpienia do ogólnéj infekcyi prowadzącą, stawia sobie pytanie, ażali się da w przebiegu błonicy wynaleźć objaw dyjagnostyczny, z któregoby na pewne wnosić można o przejściu z cierpienia lokalnego do zakażenia ogólnego?

Obserwując 81 chorych na błonicę, szczególną na powyższe zadanie zwrócił uwagę i doszedł do przekonania, że ani obrzmienie gruczołów limfatycznych, miejscu cierpienia odpowiednich, (ono bowiem także w różnych cierpieniach nie infekcyjnych i nie ogólnych występuje), że ani gorączka, która w zwyczajném kataralném zajęciu migdałów dochodzić może do niezwykłéj wysokości i w błonicy saméj może być różnego nasilenia, że oba te więc objawy nie mogą być wyrazem pewnéj już infekcyi błonicowéj organizmu.

Udało mu się przecież znaleźć objaw, ogólnie znany, tylko, o ile literatura nas poucza, dyjagnostycznie nie spożytkowany. Tym objawem jest białkomocz, który inni autorzy albo za chorobę następową albo za komplikacyję błonicy uważali.

Tę niezgodność zapatrywań tłumaczy autor niesystematyczném badaniem moczu, które w praktyce dopiero bywa przedsiębrane w obec występujących obrzęków tkanin, a wiemy, że często w błonicy wśród białkomoczu już obecnego puchlin nie znajdujemy, ztąd także niezgodne zapatrywania się na częstość białkomoczu przy błonicy, jedni bowiem podają na 60%, drudzy na 10%.

Lecz nie o to chodziło autorowi, lecz o czas, kiedy on występuje, tj. jak długo trwa lokalna infekcyja, nim przyjdzie do białkomoczu, a zatém według jego zapatrywań do infekcyi ogólnéj.

Na podstawie swych obserwacyj oznaczył, że jeżeli czas odgraniczania się lokalnego cierpienia poza pewien termin się przeciąga, to wtedy niezawodnie występuje białkomocz i tak na 17 chorych wykazał, że jeżeli odgraniczanie się nie wystąpiło w 6ciu dniach, już białko w moczu było, i że we wszystkich przypadkach, w których odgraniczanie się potrzebowało więcéj niż dni 7, zawsze albuminuryja występowała.

Pewnik ten prognostyczne ma znaczenie, gdyż przy dłuższém trwaniu procesu lokalnego naprzód można być pewnym o nastąpić mającém zapaleniu nerek, które jednak według wszystkich prawie autorów dobrego rokowania nie wyklucza.

Reasumując wszystko wnosi U., że białkomocz jest pierwszą i jedynie pewną oznaką zaszłéj już ogólnéj infekcyi, że znajdziemy go w wszystkich przypadkach, w których już z innych objawów o ogólnéj infekcyi wnosimy, i że w obec braku albuminuryi rozpoznanie ogólnego zakażenia wykluczyć możemy, wyjąwszy przypadki z przebiegiem piorunującym (*Jahresbuch f. Kinderhlkunde* XVII T. 2 i 3 zeszyt 1881 r.) *Dr. Kułakowski.*

Prof. Mariano Semmola: **Leczenie miejscowe i ogólne nowotworów złośliwych zewnętrznie usadowionych.**

Na podstawie spostrzeżeń swoich podaje S. następny sposób leczenia nowotworów złośliwych, zwłaszcza w sutku. Igłę połączoną z ujemnym biegunem bateryi elektrycznéj wbija w nowotwór, drugi zaś biegun składający się z węgla obwiniętego w płótno przykłada się na sąsiednią część skóry. Sposób działania elektrolizy może być trojaki: 1) W otoczeniu wbitéj igły powstają ogniska zapalne, które przez następową zmianę w tkankę łączną prowadzą do zupełnego zbliznowacenia nowotworu, albo 2) prąd elektryczny wywołuje zamianę koloidową lub tłuszczową zwłaszcza w nowotworach rozmiękających, albo 3) przychodzi do ropienia, które prowadzi do zupełnego wydalania masy nowotworowéj. W jednym przypadku potrzeba było 24 posiedzeń trwających 10 do 15 minut do zupełnego wyleczenia choréj; w innych razach czas leczenia wynosił 3 do 4 miesięcy. Oprócz tego miejscowego leczenia podaje S. chorym jodek potasu w dużych dawkach, a to w celu wywarcia znacznego wpływu na całą sprawę odżywczą. (*Gazette des Hôpit.* Nr. 121). *Dr. Schramm.*

Wiadomości pomniejsze.

(A. K.) **Stosunek kiły do krzywicy** roztrząsanym był na Zjeździe londyńskim. Prof. Parrot poruszył tę sprawę, dowodząc, że krzywica jest tylko objawem kiły, zwłaszcza dziedzicznéj; dzieli on krzywicę na dwa okresy odpowiadające kile czynnéj i kile biernéj i utrzymuje, że badanie kośćca w podobnych przypadkach wykazało cechujące zmiany kostne w 98%. Te wpływy, które do téj pory nauka zalicza do wywołujących krzywicę, sprawiają, podług Parrota, tylko rozmiękczenie kości. Brak pożywienia nie wywołuje krzywicy i dzieci charłacze nie stają się krzywiczemi, jeśli nie są kiłowatemi. Dr. Stephenson nie podziela twierdzeń Parrota, przypuszczając osobną skazę krwi krzywiczą. Prof. Bouchut przyznaje kile siłę czynnika etyjologicznego, działającego pośrednio na wywołanie krzywicy, stanem poprzedniego charłactwa, które kiła sprowadza, najczęstszą przyczyną krzy-

wicy podług Bouchuta jest nieżyt przewlekły jelit; z łatwością można wywołać krzywicę u szczeniąt, poddając je złym warunkom odżywczym. Dr. Byers nie stwierdził w swéj praktyce twierdzeń Parrota. Dr. Gibert na podstawie dobrych skutków leczenia przeciwkiłowego u krzywiczych przychyla się do przekonań Parrota. Dr. Ranke utrzymuje, że w Monachijum krzywica jest częstą, a kiła dziedziczna nader rzadką i dla tego odrzuca on przypuszczenie jakiejkolwiek łączności etyjologicznéj kiły i krzywicy. PP. Lee, Sansom, Moore, Jacobi przemawiali przeciw twierdzeniom Parrota. Przewodniczący West streścił dyskusyję, że twierdzenia Parrota nie są udowodnione. (*Revue de médecine*, październik 1881).

(A. K.) **Osutkę występującą w skutek szczepienia ospy ochronnéj opisał Dr. Behrend** na posiedzeniu sekcyi chorób skórnych londyńskiego Zjazdu. Autor postrzegał siedm przypadków, osutka była pryszczową (*pustulae*) 5 razy i wystąpiła trzeciego dnia po zaszczepieniu, w jednym przypadku miała wejrzenie odry i wystąpiła dnia ósmego; a wreszcie u ostatniego dziecka, skłonnego do wyprysku, takowy wystąpił w większéj obfitości. Wszystkie te osutki mają przebieg łagodny, i występują bądź trzeciego, bądź około ósmego dnia po zaszczepieniu. W pierwszym przypadku są one następstwem zadrażnienia skóry samą operacyją szczepienia, w drugim powstają w skutek wessania wytworów zapalnych pryszcza szczepiennego, i są analogiczne z temi chorobami skórnemi, które często towarzyszą przebiegowi prawdziwéj ospy. (*Le Progrès médical* Nr. 41, 1881).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie XIII z d. 6 lipca 1881.

Przewodniczący kol. Jordan; Członków obecnych 24.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. Sysak podał opis rzadkiego przypadku wczesnéj kiły pęcherzykowéj, obserwowanego w praktyce prywatnéj. W dyskusyi nad tym przedmiotem zabrał głos kol. Zarewicz. W przypadku przez kol. Sysaka opisanym uderza przedewszystkiém ta okoliczność, iż u chorego, o którym mowa, wysypka wystąpiła ostro pod przypadami gorączki, która do 39°C. dochodziła. Zmiany na skórze miały się przedstawić jako mniéj lub więcéj wyniosłe płaskie guzki, już to odosobnione, już téż zlewające się, które w niektórych miejscach przeobrażały się na pęcherze cieczą surowiczą wypełnione i niekiedy do znacznych rozmiarów dochodzące. Po usunięciu pęcherza okazała się skóra zaczerwieniona i sącząca. Zmiany występowały na zewnętrznéj stronie odnóg górnych, a to przeważnie na grzbietach obu rąk, na odnogach dolnych i tułowiu, pęcherze zaś najliczniéj i najpiękniéj wykształcone znachodziły się na tułowiu w miejscach uciśniętych. W przebiegu téj słabości chory doznawał uczucia pieczenia, palenia w miejscach chorych. Po kilkotygodniowém trwaniu cierpienia choroba zupełnie ustąpiła i jak dotąd niewróciła. Daléj zauważyć należy, iż gorączka ciągła, która chorobie towarzyszyła, przed zupełném wyleczeniem chorego ustąpiła. Uwzględniającemu zatém podane przypady mimowoli nasuwa się uwaga, iż chorobę przez kol. Sysaka za pęcherzycę zjadliwą (*pemhigus foliaceus*) na tle kiłowém będący podaną, uważać należy za *Erythema exsudativum multiforme*, które, jak już sama nazwa rumień wielopostaciowy wskazuje, może przybierać i zwykle przybiera rozmaite postacie i dla tego nie może nas to wcale dziwić, jeżeli postać chorobowa w niektórych miejscach przeobrażała się na pęcherze, tworząc tak zwany rumień pęcherzowy, *erythema bullosum*. Nie mając przed sobą przypadku chorobowego, o którym mowa, nie można orzec, czy rozpoznanie przez przemawiającego wypowiedziane jest stanowcze; nie może jednak kol. Z. żadną miarą zgodzić się na rozpoznanie kol. S., albowiem *pemphigus foliaceus* wyszczególnia się przedewszystkiém przewlekłym przebiegiem, pęcherze jego są wiotkie a nie napięte, gorączka towarzysząca jest bardzo nieznaczna, albo téż wcale jéj nie ma, a wybitniéj dopiero występuje przy schyłku samego cierpienia, kiedy się ono ma przecież zakończyć. *Pemphigus foliaceus* wreszcie niemal zawsze kończy się śmiercią. Kol. Z. nie wie dotąd ani o jednym wyleczonym przypadku. Jeszcze mniéj zgodzić się może kol. Z. na przypuszczenie kol. S., ażeby *pemphigus* w mowie będący był kiłowym, albowiem jak dotąd nie zauważył ani jednego przypadku kiły wczesnéj nabytéj, w którymby wysypka pod postacią pęcherzy podobnych do *pemphigus foliaceus* wystąpiła; tak również nieprzypomina sobie kol. Z., aby ktokolwiek ze specyjalistów coś podobnego był zauważył. Nieprzemawiają téż na korzyść rozpoznania kol. S., zmiany, które się u chorego w jamie ustnéj znajdowały, albowiem sam kol. Z. spostrzegał podobne zmiany przy cierpieniu skóry, które u chorego kolegi S. przypuszczano. Na zakończenie wspomnieć musi, iż trudno w danym przypadku przypuścić *pemphigus febrilis s. acutus*, albowiem jak z jednéj strony spór co do istnienia téj choroby nie jest jeszcze stanowczo rozstrzygniętym, tak z drugiéj strony podziela kol. Z. zdanie tych, którzy *pemphigus acutus* uważają za odmianę *herpes iris* lub *circinatus*, albo téż *erythema bullosum* lub jemu podobne cierpienie skóry.

3) Kol. Zarewicz jako sprawozdawca komitetu Towarzystwa podaje, że komitet poczynił kroki, aby na Zjazd przybyć mających kolegów w ostatnim dniu uczcić wspólném towarzyskiém zebraniem w ogrodzie strzeleckim kosztem członków T. L. K. Propozycyję komitetu przyjęto.

Dr. Stanisław Balicki.
Sekretarz.

VI. Sekcyja okulistyczna międzynarodowego Zjazdu w Londynie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 43).

Na trzeciém posiedzeniu odbytém w dniu 6 sierpnia Leber mówił o związku między zapaleniem n. wzrokowego a cierpieniami śródczaszkowemi. Zapalenie to nie różni się co do swéj istoty od innych zapaleń tarczy i siatkówki (*papillo-retinitis*) ani rodzajem przekrwienia naczyniowego ani innemi zmianami histologicznemi ale różni się stanowczo od przekrwienia skutkiem zastoju żylnego i zmian od niego zawisłych. Zapalenie to nie jest skutkiem zastoju w żyłach siatkówkowych, będącego następstwem ugniecenia zatoki jamistéj z powodu zmniejszenia przestworu śródczaszkowego. Nie jest ono również wynikiem przeniesienia zadrażnienia zapalnego, zawisłego od nerwów naczynioruchowych. Pośrednikiem między cierpieniem mózgowém a oczném jest nerw wzrokowy. Ważną rolę w przeniesieniu odgrywa wylew cieczy do pochwy n. wzrokowego, a wylew ten jest skutkiem podwyższenia ciśnienia śródczaszkowego. Przypuszczenie atoli, że ciśnienie czysto mechaniczne tego wylewu na nerw wzrokowy w miejscu jego zapuszczenia się do oka wywołuje zapalenie, nie jest dostatecznéni, ilość wylewu jest bowiem często bardzo mała. Trzeba tutaj przeciwnie uwzględnić własności téj cieczy, wzniecające zapalenie. Guzy śródczaszkowe wywołują, podobnie, jak pewne ciała obce, nawał zapalny i nadmierne wydzielanie cieczy (*hydrocephalus internus*). Te wylewy znajdujemy w zapaleniu opon mózgowych, jeżeli ono daje powód do zapalenia tarczy n. wzrokowego. Zapalenie tarczy i siatkówki w przypadkach cierpień mózgowych tłumaczy się w ten sposób, że wysięk surowiczy, wytworzony skutkiem zapalenia śródczaszkowego, wdziera się do przestworu śródpochwowego pnia n. wzrokowego i drażni tarczę i sąsiednie części oka. Bouchut wypowiada zdanie, że wszystkie

ciężkie choroby opon mózgowych, mózgu i rdzenia pacierzowego udzielają się wnętrzu oka sprowadzając zmiany w n. wzrokowym i jego sąsiedztwie. Cierpienia oka wywołane przez choroby mózgu i rdzenia są mechaniczne, zapalne, zakaźne i współczulne czyli zwrotne. Gałęzowski mówi o zapaleniu n. wzrokowego skutkiem zmian naczyń. Anatomija patologiczna wykazuje w przypadkach zapalenia n. wzrokowego zarośnięcie naczyń, *endarteriitis i periarteriitis*. Leber, Manz i Müller opisali w głównych gałęziach tętnicy środkowéj siatkówkowéj złogi wapienne, zwyrodnienie tłuszczowe i stwardnienie ścian naczyń, a takież zmiany przedstawiają naczynia mózgowe. Otóż w przypadkach zapalenia n. wzrokowego stwierdzić można zarośnięcie naczyń i zakrzepicę. Zmiany w tętnicach są dwojakiego rodzaju: jedne wywołują zaburzenia postępowe, jak w mózgowém zapaleniu n. wzrokowego i zapaleniu siatkówki białkomoczowém; inne zrządzają zjawiska piorunujące, nagłą utratę wzroku, jak w przypadkach zatoru środkowéj tętnicy siatkówkowéj. Podobieństwo między *arteriitis obliterans* i zatorem jest wielkie. Mowcę uderzył brak przypadów sercowych u wielu osób dotkniętych zatorem środkowéj tętnicy siatkówkowéj (13 razy na 59). W odróżnieniu zakrzepicy od zatoru G. zwraca uwagę, co do pierwszéj, na zjawiska zwiastunowe, przemijające zamroczenia, które nagłą utratę wzroku poprzedzają, tudzież na wybroczyny siatkówkowe, nierównie częstsze w zakrzepicy niż w zatorze. Hughlings Jackson poczytuje za najpodobniejszą do prawdy teoryję, która zapalenie n. wzrokowego w przypadkach cierpień mózgowych tłumaczy zwrotném zadrażnieniem naczynioruchowém. Parinaud doszedł, chociaż inną drogą, do wniosków podobnych jak Leber, odrzuca on jako przyczynę zastój żylny i zadrażnienie naczynioruchowe; ciśnienie śródczaszkowe samo przez się nie może wywołać zapalenia n. wzrokowego, a wylew cieczy do pochwy jego ma znaczenie podrzędne. Zapalenie n. wzrokowego w przypadkach cierpień mózgowych jest pierwotnie opuchliną limfatyczną, zostającą w związku z nadmierném wydzielaniem cieczy mózgordzeniowéj. Ta opuchlina daje początek sprawie zapalnéj. Pod względem klinicznym zapalenie n. wzrokowego w przypadkach chorób mózgowych dowodzi obecności opuchliny mózgowéj, a gdy ta łączy się prawie zawsze z *hydrocephalus*, można z niéj niemal napewne wnosić o obecności *hydrops ventriculorum*. Stephan Mackenzie odrzuca również zastój żylny i teoryję naczynioruchową. Zapatrywanie Lebera może nam tłumaczyć wiele przypadków, ale mowca widział i takie, w których nie było ani śladu *hydrocephalus internus* i żadnego wylewu surowiczego. Zapalenie n. wzrokowego tłumaczy się w takim razie sprawą zapalną rozciągającą się bezpośrednio z mózgu aż do oka. Wydarzają się zresztą przypadki zapalenia tylko jednego nerwu wzrokowego i to po stronie przeciwnéj guza w mózgu. Takich przypadków nie tłumaczy ani podwyższenie ucisku śródczaszkowego, ani teoryja naczynioruchowa, ani teoryja Lebera, ale tylko przypuszczenie sprawy szerzącéj się bez przerwy w tkaninie nerwowéj, a tak samo tłumaczą się i te przypadki, w których nie ma wylewu z opon mózgowych. Zmiany mózgowe albo się szerzą wprost na n. wzrokowy, albo też ten ostatni i mózg ulegają temu samemu wpływowi chorobowemu. Teoryja Lebera może atoli tłumaczyć zapalenie n. wzrokowego w tych przypadkach, w których się wytworzył wylew surowiczy z opon mózgowych. Poncet sądzi, że w przypadkach zapalenia n. wzrokowego skutkiem zapalenia opon mózgowych sprawa chorobowa nie toczy się ani w pochwie, ani w tkance łącznéj n. wzrokowego, lecz w saméj osnowie nerwowéj (*neuroglia*). Wykazać tam można nagromadzenie jąderek i opuchlinę, ale nie wiadomo na pewne, czy to jest istotne zapalenie, lub téż proste tylko przepacanie (*diapedesis*). Ani zadrażnienie n. współczulnego, ani troistego, nie wywołuje u zwierząt tego zapalenia n. wzrokowego. Laqueur spostrzegał, równie jak Gałęzowski, liczne przypadki poczytywane za zator tętnicy środkowéj siatkówkowéj, w których badanie serca nie wykazało żadnych zmian (9 razy na 17). Objawy zatoru zależeć mogą zarówno od zatoru jak od zakrzepicy lub wybroczyny do wnętrza n. wzrokowego. Właśnie te przypadki, w których napad główny poprzedzają przelotne zwiastuny, zamroczenia przemijające itd., a które Gałęzowski odnosi do zakrzepicy uważać należy zgodnie z tłumaczeniem Mauthnera za przypadki zatoru. Panas badał tarczę zastoinową w przypadkach uszkodzeń mózgu. Obecność lub brak tarczy zastoinowéj nie dozwalają wniosków pod względem rozpoznania i rokowania co do uszkodzenia. Chorzy, u których ona występuje, mogą wyzdrowieć, lecz oględziny pośmiertne dokonane w Lariboisière dowodzą, że we wszystkich przypadkach przestwór śródpochwowy rozdęty jest cieczą surowiczą lub krwawą, podczas gdy téj cieczy nie ma wcale, jeżeli za życia nie było tarczy zastoinowéj. Knapp znalazł w przypadkach guzów pozagałkowych, że n. wzrokowy wtedy tylko był w stanie zapalenia, jeżeli sama pochewka nerwu wciągniętą była w nowotwór. Brailey odpowiada Knappowi, że z przypadków spostrzeganych odniósł zupełnie inne wrażenie. Sądzi on, że zapalenie n. wzrokowego może powstać skutkiem ucisku guza, chociaż ten nie zostawał w związku z pochewką nerwu. Na preparatach Edmundsa, o których wspomniał Mackenzie, przekonał on się, że sprawa zapalna szerzyła się bez przerwy na sam nerw, a siedzibą jéj była osnowa nerwowa, a głównie ściany naczyń drobnych. Pagenstecher zapytuje Lebera, czy w jego doświadczeniach z wstrzykiwaniem cząstek gruźliczych do mózgu znachodzono złogi gruźlicze także w innych narządach prócz n. wzrokowego i siatkówki. Leber odpowiada, że doświadczenia robił Deutschmann. We wszystkich przypadkach badano pośmiertnie wszystkie narządy, a w niektórych także i zapomocą drobnowidu. W pierwszym okresie znajdowano te samy zmiany jak w gruźliczém zapaleniu opon mózgowych u człowieka; nerw wzrokowy okazywał się prawidłowym w części śródczaszkowéj; podczas gdy w części oczodołowéj znajdowano opuchlinę pochwy, zapalenie nerwu śródmiąższowe i zapalenie jego onerwia tém wybitniejsze im bliżéj tarczy. Sprawa ta sprowadza niekiedy zanik. W późniejszym okresie znajdowano gruzełki prosówkowe w pochwie n. wzrokowego, w tarczy, a nawet w ciałku szklaném. Badanie wykazało widocznie, że sprawa zapalna szerzyła się z jamy czaszkowéj ku oku, tudzież że zmiany chorobowe przez nią zrządzone można było odnieść do dostania się istoty drażniącéj do przestworu śródpochwowego pnia n. wzrokowego. (C. d. n.)

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie

Statystyka epidemij. W Krakowie zeszła ogólna śmiertelność w ciągu tygodnia do 29 października do minimum w roku bieżącym, wynosiła bowiem 19,4 (z t. 31·8) Z chorób zakaźnych umarło: 3 z błonicy, 1 z gorączki połogowéj a doniesiono o 3 przypadkach ospy u dzieci nieszczepionych, 1 odry, 1 płonicy, 2 duru brzusznego, 1 róży i 1 duru osutkowego (z Toń). W tygodniu 41 (do 8 października ospa w Londynie bardziéj złagodniała. Leczyło się w szpitalach 450, świeżo zapadło

13. W Wiedniu umarło z ospy 18, w Paryżu 14, w Budapeszcie i Petersburgu po 3. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 5, w miastach hiszpańskich po kilkoro.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 41 (do 8 października) umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 25,7; w Poznaniu 32,2; w Wiedniu 25,3; w Budapeszcie 28,2; w Pradze 26,7; w Tryjeście 29,2; w Berlinie 25,0; w Wrocławiu 26,9; w Gdańsku 28,3; w Monachowie 30,5; w Dreźnie 25,7: w Lipsku 16,5; w Bazylei 21.4; w Brukseli 19,9; w Amsterdamie 20,4; w Hadze 21,2; w Paryżu 21.7; w Londynie 18,6; w Kopenhadze 17,7; w Stokholmie 15,5; w Chrystyjanii 12,1; w Petersburgu 43,9; w Odessie 38,3; w Rzymie 20.8; w Bukareszcie 20,5; w Lisabonie 24,8; w Aleksandryi 43,9; w Nowym Jorku 33,0; w Filadelfii 22,9; w Bombaju 26,0; w Madrasie 35,5. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 3 listopada. Na posiedzeniu Wydziału lekarkarskiego w d. 28 października odbytém Dziekan odczytał pismo p. Ministra oświecenia, wedle którego N. Pan zezwolił na systemizowanie katedry nadzw. profesora farmakologii w Wydziale lek. Uniw. Jagiell., zamianowanie zaś profesora nastąpi po uchwaleniu budżetu przez Radę państwa; następnie doniósł, że p. Minister zgodził się na powierzenie docentowi Dr. Obalińskiemu zastępstwa kliniki chirurgicznéj i zezwolił wyjątkowo, aby doc. Obaliński pełnił zarazem obowiązki egzaminatora; wreszcie odczytano zawiadomienie p. prezesa tutejszego Sądu karnego, iż polecił sędziom śledczym, aby wszystkie sekcyje sądowe, z wyjątkiem ekshumacyj, odbywały się w zakładzie sądowo lekarskim. Na temże posiedzeniu Wydział zamianował Dra Kułakowskiego asystentem przy klinice chorób dzieci na lat dwa oraz wyznaczył komisyję, mającą przedstawić wnioski pod względem wykładów weterynaryi.

* Wydział krajowy zamianował Dra Karola Żuławskiego stałym prymaryjuszem w szpitalu św. Łazarza w Krakowie, mianowicie prymaryjuszem oddziału dla obłąkanych.

* Prezes ministrów jako minister spraw wewnętrznych zamianował weterynarza powiatowego w Krakowie Aleksandra Litticha, tymczasowym weterynarzem krajowym we Lwowie.

* Dowiadujemy się, że Dr. H. Schramm znalazł umieszczenie jako wychowaniec (*Operationszögling*) w klinice prof. Billrotha we Wiedniu.

* Grono kilkudziesięciu lekarzy, składające się z profesorów, docentów, prymaryjuszów i asystentów, uczciło dziś kolacyją składkową i żegnało opuszczającego Kraków Dra Henryka Kadyiego, mianowanego profesorem zwyczajnym anatomii w zakładzie weterynarskim we Lwowie. Po toaście, wniesionym przez Dra Poniklę w imieniu kolegów asystentów na cześć solenizanta, nastąpiły śród ochoczéj zabawy i przeciągnęły się do północy liczne toasty na cześć naszéj *Alma mater*, stanu lekarskiego itd.

* W roku szkolnym 1880/1 odbyły się w Wydziale lek. tutejszym następujące egzaminy ściśle i promocyje:

I. Celem otrzymania stopnia doktora wszech nauk lekarskich zgłosiło się: 1) do egzaminu ścisłego Igo *a)* części praktycznéj, po raz pierwszy kandydatów 21, z tych aprobowano 18, reprobowano z jednego przedmiotu 2, reprobowano z dwóch przedmiotów 1, poprawiało z jednego przedmiotu 3, aprobowano 3; *b)* do części teoretycznéj po raz pierwszy kandydatów 22, aprobowano 15, reprobowano z jednego przedmiotu 2, reprobowano z całego egzaminu 5, poprawiał z jednego przedmiotu 1 i został aprobowany, poprawiało cały egzamin 3, zostali aprobowani. 2) do egzaminu ścisłego IIgo *a)* części praktycznéj, po raz pierwszy przystąpiło 23, aprobowano 19, reprobowano z jednego przedmiotu 4, poprawiało z jednego przedmiotu 4, wszystkich aprobowano; *b)* części teoretycznéj, przystąpiło po raz pierwszy 25, aprobowano 15, reprobowano z jednego przedmiotu 10, poprawiało z jednego przedmiotu 7, zostali aprobowani, poprawiał cały egzamin 1, aprobowany. 3) do egzaminu ścisłego IIIgo *a)* części praktycznéj po raz pierwszy 15, aprobowano 13, reprobowano z jednego przedmiotu 1, reprobowano z dwóch przedmiotów 1 poprawiał z jednego przedmiotu 1 i został aprobowany; *b)* części teoretycznéj przystąpiło 15, aprobowano 14, reprobowano z jednego przedmiotu 1. Promocyj I. *pro doctoratu univ. med.* było 14. II. Celem otrzymania stopnia doktora medycyny odbył się egzamin ścisły raz jeden, tudzież promocyja jedna, III. celem otrzymania stopnia magistra położnictwa odbył się egzamin 1 i promocyja 1, IV. Celem otrzymania stopnia magistra farmacyi odbyło się egzaminów II 8, wszystkie z aprobatą, egzaminów III 8, aprobowano 7, reprobowano z jednego przedmiotu 1, promocyj 7, V. Położnych zdawało i aprobowano 10, promowowały wszystkie.

* **Mianowania i odznaczenia.** Prof. Izydor Neumann we Wiedniu mianowany został dyrektorem kliniki chorób syfilitycznych tamże.—Dr. Jan Meyer, asystent prof. Schmiedeberga w Strasburgu powołany został na katedrę farmakologii do Dorpatu. — Prof. nadzw. Grützner we Wrocławiu mianowany został po Valentinie prof. zw. fizyjologii w Bernie szwajcarskiém.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 44: Kramsztyka: Zapalenie ócz pryszczykowe; Jasińskiego: Wrodzone obustronne zwichnienie kości udowéj. — W *Medycynie* Nr. 44: Skórczewskiego: Przyczyny i rozwój niektórych postaci uporczywych biegunek, oraz ich leczenie w Krynicy (dok.)

Redakcyja otrzymała:

Dr. J. MIKULICZ: Über Gastroskopie u. Oesophagoskopie. (Osobne odbicie z Centralbl. f. Chirurgie 1881, Nr. 43), in 8vo str. 4.

Dr. RYDYGIER: Uiber circuläre Darmresection mit nachfolgendern Darmnaht. (Osobne odbicie z Berl. klin. Woch. 1881, Nr. 41) in 8vo str. 27. (Praca ta drukowaną była naprzód w Przegl. Lek.)

Towarzystwo lek. krak. odbędzie we środę dnia 9go bm. w sali wykładowéj prof. Rosnera w szpitalu Śgo Łazarza posiedzenie, na którém kol. Dr. Skobel przedstawi przypadek wrzodu w gardle prawdopodobnie gruźliczego, a kol. Doc. Obaliński rekonwalescenta po wyjęciu całéj kości łokciowéj.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. St. J. we Lwowie: Sprawozdanie doszło nas dopiero we czwartek, a więc na ten numer za późno; umieścimy je zatém w Nrze przyszłym.

Sprostowanie. W Nrze 43 na str. 563 drugi wiersz od dołu zamias Langenbecka winno być Langenbucha. Na str. 568 w szpalcie 1széj, wierszu 23 od góry tudzież 9 od dołu winien być dwukropek zamiast **i**, w szpalcie 2giéj, wierszu 8 od góry ma być nią zamiast nie. W Nrze zaś 44, na str. 585 w szpalcie 1széj wierszu 26 od dołu winno być dalece zamiast dalsze, w szpalcie zaś 2giéj wierszu 8 od góry ma być stanie zamiast staje.

Redaktor odpowiedzialny: Prof Dr L. Blumenstok.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja:
Ulica Podwale Nr. 34.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmują w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Boulv. Voltaire 180, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 12 listopada 1881. № 46. Rok XX.

I. Z pracowni chemii lekarskiéj Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Kilka słów o gazie karbolowéj.

Skreślił Dr. Leon Kopff,
asystent tegoż zakładu.

Od czasów wprowadzenia przeciwgnilnego leczenia ran przeceniano częstokroć znaczenie i wartość kwasu karbolowego, znajdującego się w gazie i wacie antyseptycznie wyrabianéj. Jeden operator polecał używanie waty i gazy o takim procencie kwasu karbolowego, drugi mówił, że kwas karbolowy może w takiéj ilości szkodliwie działać i używał słabszéj, — przeciwnicy opatrunku przeciwgnilnego i kwasu karbolowego dużo rozprawiali o mogącym nastąpić zatruciu kwasem karbolowym. Słowem rozprawiano i pisano wiele, bardzo wiele o tém, ilo procentowéj gazy lub waty karbolowéj należy używać, a nikt nie wiedział, ile gaza ta może w istocie zawierać kwasu karbolowego. Polegano tylko na tém, że, ponieważ do wyrabiania pewnéj gazy użyto dziesięciu części kwasu karbolowego na sto części gazy, gaza więc taka będzie zawierać 10% kwasu karbolowego itp. Kilku chirurgów uważało, że niekiedy, mimo najstaranniejszego założenia opatrunku przeciwgnilnego, rana goiła się o wiele gorzéj, niż taka sama pod opatrunkiem również starannie założonym. Poszukiwania nad przyczyną tego doprowadziły do bliższego zbadania gazy. Rozbiory chemiczne przekonały, że gaza znacznie mniéj zawiera kwasu karbolowego, niż to twierdzono, opierając się na teoretycznėm obrachowaniu. Niekiedy zamiast dziesięciu procent nie znajdowano i jednego. Zasługa zwrócenia uwagi w tym kierunku należy się głównie Kaufmannowi (*Centralblatt f. Chirurgie* 1879, Nr. 50, S. 841) i Martiniemu (*Verhandlungen d. deutsch. Gesellsch. f. Chirurgie VIII Congress* Berlin, 1879, S. 53). W ostatnich dwóch latach pojawiło się parę prac jeszcze, które daléj posunęły badanie, a spostrzeżenia Martiniego i Kaufmanna potwierdziły w zupełności.

Gdy prymaryjusz oddziału chirurgicznego w szpitalu powszechnym krakowskim, docent Dr. Obaliński, zwrócił moją uwagę na ten przedmiot i na jego znaczenie praktyczne w chirurgii, chętnie podjąłem się, zachęcony przez niego, oznaczenia kwasu karbolowego w gazie, wyrabianéj w szpitalu krakowskim. Prócz tego wykonałem kilka oznaczeń gazy, wyrabianéj sposobem Brunsa (*Berliner klin. Wochenschrift* 1878, Nr. 29), gazy kupnéj szwajcarskiéj (szafhauseńskiéj) i wiedeńskiéj.

Do oznaczenia ilości kwasu karbolowego służą dwa sposoby:

1) Sposób Landolta (*Berichte d. deutsch. chem. Gesellsch. z. Berlin*, Bd. IV, S. 770), polegający na strącaniu kwasu karbolowego z roztworu wodnego wodą bromową jako trójbromfenolu i oznaczanie za pomocą wagi ilości kwasu karbolowego.

2) Sposób Koppeschaara (*Fresenius Zeitschrift f. anal. Chem.* XV, 233), który polega na miareczkowaniu kwasu karbolowego bromową wodą lub roztworem mięszaniny bromianu i bromku sodu.

Miareczkowanie kwasu karbolowego według Koppeschaara połączone jest z pewną niedokładnością. Skład wody bromowéj, skutkiem ulatniania się łatwego bromu, tak szybko się zmienia, że ustawienie jéj musi się przedsiębrać przed każdém oznaczeniem. Mimo zachowania nawet tych ostrożności błąd jest znaczny. Sam Koppeschaar ocenia go na dwa i pół procent. Miareczkowanie roztworem mięszaniny bromku i bromianu sodowego lub potasowego, jakkolwiek dokładniejsze, wymaga przecież wiele zachodu w przyrządzaniu potrzebnych odczynników, jak jodu chemicznie czystego, odpowiednio do jodu ustawionego podsiarczanu sodowego itd. Przytém mimo tych zachodów oznaczenie połączone jest z błędem, ocenianym przez samego Koppeschaara na mniéj więcéj 1½%.

Z tych powodów postanowiłem użyć do oznaczenia kwasu karbolowego metody, może nieco żmudniejszéj, lecz w każdym razie o wiele więcéj dokładnéj, metody Landolta bezpośredniego oznaczenia za pomocą wagi. Sposób, jakiego używałem przy oznaczaniu kwasu karbolowego w gazie,

był następny. Z całéj sztuczki gazy w kilkoro złożonéj wycinałem przez całą jéj grubość w różnych miejscach drobne kawałeczki. Po dokładném ich odważeniu, dawałem je do większéj kolby, nalewałem 200 do 300 cm. wody destylowanéj, zakwaszonéj kwasem siarkowym i zatkawszy szczelnie kolbę pozostawiałem w spokoju przez 24 godzin. Po 24 godzinach destylowałem treść kolby, używając zwykłéj chłodnicy Liebiga. Przerzucaniu cieczy, które występowało zwykle po dłuższém destylowaniu, gdy się gaza w niteczki rozgotowała, a parafina na wierzch wypływała, zapobiegałem przeprowadzeniem już to prądu powietrza lub pary wodnéj przez ciecz przekraplaną. Skoro już destylat nie dawał żadnéj, lub bardzo słabą tylko reakcyję kwasu karbolowego, wylewałem pozostałość z kolby destylacyjnéj na sączek, obmywałem dokładnie wodą, przeszkadzając możliwemu jeszcze ulatnianiu się kwasu karbolowego staranném przykrywaniem sączka tabliczką szklaną. Destylat zaprawiałem nadmiarem wody bromowéj i pozostawiałem przez kilkanaście godzin w spokoju. Po wydzieleniu się wszystkiego kwasu karbolowego jako trójbromfenolu, zbierałem go dokładnie na sączku, obmywałem wodą destylowaną, aby uwolnić od nadmiaru bromu, mechanicznie do osadu domięszanego, suszyłem przez jakiś czas w ciepłocie 50°C., a następnie przez parę dni pod kloszem nad zgęszczonym kwasem siarkowym w rozrzedzoném powietrzu. Ilość strąconego trójbromfenolu za pomocą wagi oznaczoną przyjmowałem dopiero wtedy za prawdziwą, gdy ta przez dalsze suszenie już się więcéj nie zmniejszała.

Sposób ten uważałem za najdokładniejszy Kaufmann (l. c.), Martini (l. c.), Schmid (*Deutsch. Zeitschrift f. Chirurgie* XIV, 287) wyciągali gazę karbolową wodą, poczém wyciąg poddawali destylacyi, i w destylacie oznaczali metodą Landolta kwas karbolowy. Dla kontroli wykonałem tym sposobem parę oznaczeń, lecz zawsze ilość znaleziona kwasu karbolowego była mniejszą, niż otrzymana przy mojém postępowaniu. Łatwo to zrozumieć, bo woda nie wszystek kwas karbolowy, tak trudno we wodzie rozpuszczalny, zabierała, a powtóre, że przy dłuższéj manipulacyi, przelewaniu, sączeniu, destylowaniu itd., zawsze więcéj się kwasu karbolowego ulatniało, niż przy prostszéj metodzie, jaką ja się posługiwałem.

Jak już wyżéj wspomniałem, zajmowałem się głównie gazą przyrządzoną w szpitalu powszechnym w oddziale docenta Dra Obalińskiego.

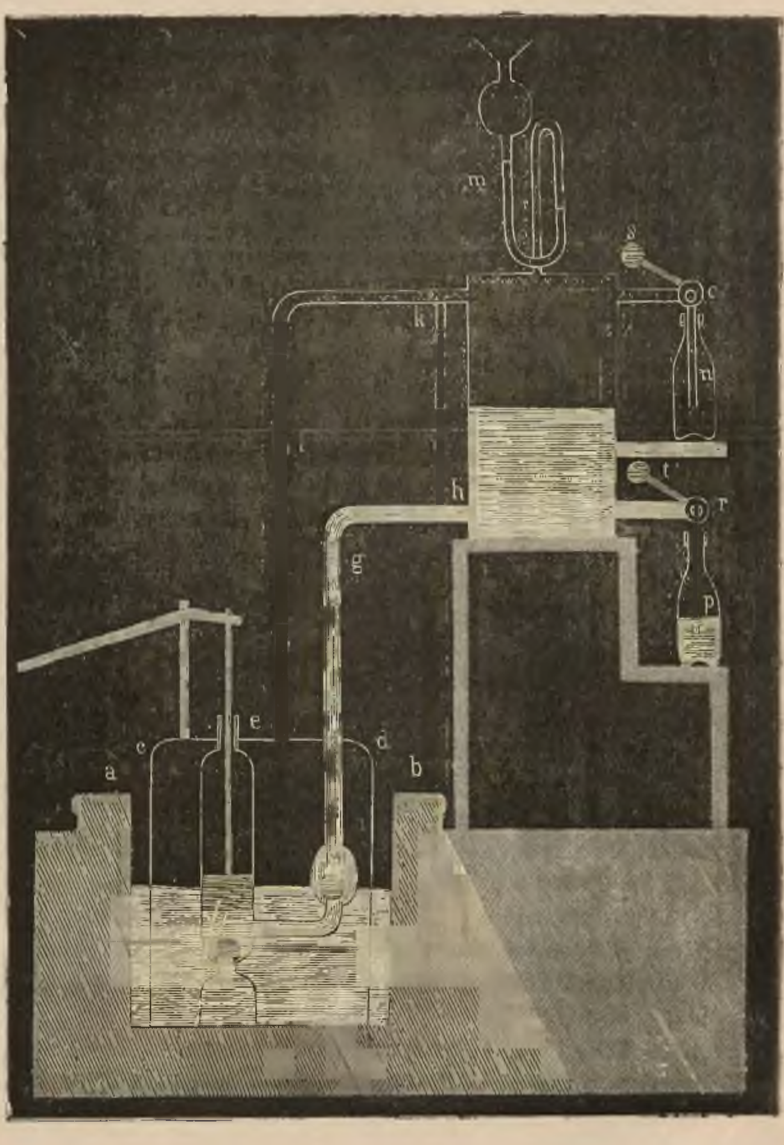
Przyrządzenie to gazy Listerowskiéj odbywa się w następujący sposób. Muszlin lub cienką organtynę pozbawia się sztywności i tłuszczu przez dokładne wypranie w gorącéj wodzie ze sodą. Po wyschnięciu układa się je w warstwy odpowiadające wielkością i kształtem naczyniu, w którym odbywa się dalsze przyrządzanie. Naczynie to jest z grubéj żelaznéj blachy lub miedzi i ma podwójne ściany, między które wlewa się wrzącą wodę lub wprowadza gorącą parę. Do naczynia tego wkłada się warstwami muszlin lub gaza, ogrzewa się przez dłuższy czas, a potém przekłada się pojedyncze warstwy do drugiego takiego samego naczynia, również ogrzanego. Każdą warstwę polewa się tutaj masą, złożoną z 7 części parafiny, 5 części żywicy burgundzkiéj, 1 części kwasu karbolowego czystego, a wreszcie, dla nadania gazie miękkości, dodaje się trochę olejku terpentynowego i gliceryny. Zwykle na 1 kilogram gazy bierze się 700 gramów parafiny, 500 gramów żywicy burgundzkiéj, 100 gramów kwasu karbolowego, 100 gramów gliceryny i trochę (około 50 gramów) olejku terpentynowego. Skoro się każdą warstwę gazy dobrze napoi w ten sposób przyrządzoną masą, ogrzewaną na wolnym ogniu, aby ją płynną utrzymać, przyciska się wszystkie warstwy ciężką pokrywą, szczelnie do ścian naczynia przylegającą, aby zapobiedz ulatnianiu się kwasu karbolowego. Na pokrywę kładzie się jeszcze ciężarki, aby przejęcie się masą nastąpiło jednostajniéj. Po dwóch godzinach wydobywa się już gotową gazę, którą przechowuje się do użytku w naczyniach szczelnie zamkniętych. W ten sposób powinniśmy otrzymać gazę zawierającą 10% kwasu karbolowego. (Dok. nast.).

II. O napełnianiu wód żelezistych.

Przez Dra K. Olszewskiego,
Prof. Uniw. Jagiell.

(Dokończenie. Patrz Nr. 45).

Jak z powyższego widzimy metoda Hechta nie zapobiega wcale wydzielaniu się żelaza, metoda zaś igiełkowa tylko w sposób niedostateczny; chorzy więc, którzy się leczą takiemi wodami żelezistemi tracą na zdrowiu i na kieszeni. Na zdrowiu, ponieważ potrzebując żelaza nie spożywają go wcale pijąc taką rozłożoną wodę, na kieszeni, ponieważ płacą wodę, która nie ma żadnéj wartości. W obec takiego stanu rzeczy byłaby pożądaną metoda napełniania wód żelezistych, któraby zapobiegała wydzielaniu się żelaza, a w wykonaniu na wielką skalę nie nastręczała żadnych trudności. Zajmowałem się więc przez dłuższy czas tym przedmiotem i sporządziłem model przyrządu, który powyższym warunkom czyni zadosyć



Rysunek przecięcia tego modelu znajduje się w dołączonéj figurze. W zdroju *ab* umieszcza się dzwon blaszany *cd*, w którym znajduje się pompa ssąco-tłocząca *ef*. Za pomocą téjże pompy wprowadza się wodę zdrojową przez rurę *g* do zbiornika blaszanego *hi*. Rurka szklana *hk* wskaże nam ilość wody znajdującéj się w zbiorniku. Wywiązujący się ze zdroju kwas węglowy zbiera się najprzód w dzwonie *id*, zkąd przechodzi rurą *l* do zbiornika *ih*, a następnie rurką manometryczną *m* uchodzi w powietrze. Tym sposobem woda znajdująca się tak w zdroju jakotéż i w zbiorniku odciętą jest od przystępu powietrza za pomocą kwasu węglowego. Flaszkę podstawia się najprzód pod rurkę *n*, przez co rurka ta znajdująca się przedtém w położeniu ukośném, przyjmuje położenie pionowe, w skutek czego otwiera się kurek *o* i kwas węglowy dostaje się ze zbiornika do flaszki, którą w krótkim czasie wypełnia, wydalając z téjże znacznie lżejsze powietrze. Następnie podstawia się flaszkę wypełnioną kwasem węglowym pod rurkę *p*, przez co otwiera się kurek *r* i woda żelezista wydalając kwas węglowy wypełnia flaszkę, nie stykając się wcale z powietrzem. Po odjęciu flaszek z pod rurek *n* i *p*, rurki te w skutek ciężarków *s* i *t* przyjmują znowu położenie ukośne, przez co kurki *o* i *r* zamykają się same. Po wypełnieniu flaszek wodą w sposób opisany korkuje się takowe metodą igiełkową. Rurek *n* i *p* znajduje się w modelu przezemnie sporządzonym po 4, ilość ich jednak można według potrzeby dowolnie zwiększyć, tak że napełnianie odbywać się może z nadzwyczajną łatwością i z wielkim pośpiechem.

Dotychczas nie miałem sposobności robienia doświadczeń z naturalną wodą żelezistą przy użyciu powyżéj opisanego przyrządu, wykonałem jednak szereg prób ze sztucznym rozczynem węglanu żelazawego i to najprzód we flaszkach zatopionych, aby zbadać skuteczność poprzedniego wypełniania flaszek kwasem węglowym, a wykluczyć możliwość przystępu powietrza z powodu niedokładnego zakorkowania.

4) D o ś w i a d c z e n i a z e s z t u c z n y m r o z c z y n e m w ę g l a n u ż e l a z a w e g o w e f l a s z k a c h z a t o p i o n y c h.

Do flaszek z wyciągniętemi szyjkami nalewano sztucznego rozczynu węglanu żelazawego, przyrządzonego przez dodanie do wody przekroplonéj, nasyconéj kwasem węglowym, siarkanu żelazawego i węglanu sodowego. Rozczyn ten miareczkowany dnia 29/3 1881 zawierał w 1 litrze 0.01898 gr. Fe czyli 0.0393 gm. FeO, CO_2.

a) Dwie flaszki napełniono powyższym rozczynem bez poprzedniego wydalenia powietrza kwasem węglowym. Jedna z tych flaszek zawierająca 315.5 gm. rozczynu, badana dnia 9/7 1881 zawierała na jeden litr rozczynu 0.01634 gm. Fe czyli 0.0338 gm. FeO,CO_2: wydzieliło się zatém po upływie 3 miesięcy i 10 dni 0.005 gm. FeO,CO_2 na 1 litr.

b) Dwie flaszki napełniono tym samym rozczynem po poprzedniém wydaleniu powietrza kwasem węglowym. Jedna z tych flaszek, zawierająca rozczynu 308 gm., badana dnia 9/7 1881 utraciła na 1 litr rozczynu tylko 0.0014gm. FeO,CO_2.

Powyższe doświadczenia wykazują widocznie wpływ poprzedniego napełniania flaszek kwasem węglowym na zatrzymanie żelaza w rozczynie.

5) D o ś w i a d c z e n i a z e s z t u c z n y m r o z c z y n e m w ę g l a n u ż e l a z a w e g o w e f l a s z k a c h n a p e ł n i a n y c h i k o r k o w a n y c h r ó ż n e m i m e t o d a m i.

Rozczyn węglanu żelazawego przyrządzono w atmosferze kwasu węglowego przez dodanie do wody destylowanéj (około 3 litry) 0.18gm. FeO,SO_3+7aq. i 0.25 gm. NaO,CO_2. Rozczyn ten miareczkowany w chwili napełniania flaszek dnia 11/4 1881 zawierał 0.01473 gm. Fe czyli 0.0305 gm. FeO,CO_2 w 1 litrze.

a) Dwie flaszki (około 300 cm. sz. pojemności) napełniono bez poprzedniego wydalenia powietrza kwasem węglowym i korkowano po wydaleniu małéj ilości wody i wypełnieniu miejsca próżnego pod korkiem kwasem węglowym (metoda Hechta). Jedna z tych flaszek badana dnia 9/7 1881, tj. po upływie blizko 3 miesięcy zawierała na 1 litr wody 0.0057 gm. Fe czyli 0.0118 gm. FeO,CO_2; wydzieliło się zatém 0.0187 gm. FeO,CO_2.

b) Dwie flaszki napełniono bez poprzedniego wydalenia powietrza kwasem węglowym i korkowano metodą igiełkową. Woda z jednéj flaszki badana 9/7 1881 zawierała na 1 litr 0.00655 gm. Fe czyli 0.0135 gm. FeO,CO_2; wydzieliło się zatém 0.017 gm. FeO,CO_2.

c) Dwie flaszki napełniono po poprzedniém wydaleniu powietrza kwasem węglowym (z góry) i korkowano przy pomocy igiełki (metoda przezemnie zalecona). Woda z jednéj flaszki zawierała dnia 7/9 1881 na 1 litr. 0.01225 gm, Fe czyli 0.02538 gm. FeO,CO_2; wydzieliło się zatém tylko 0.0051 gm. FeO,CO_2.

Powyższe doświadczenia stwierdzają wyższość metody przezemnie zaleconéj i powyżéj opisanéj nad metodami używanemi w naszych zakładach zdrojowych, tj. w Krynicy i Żegiestowie. Zważywszy nadto, że napełnianie flaszek za pomocą opisanego przezemnie przyrządu odbywa się z wielką łatwością, szybkością i czystością, że przyrząd ten jest bardzo prostéj konstrukcyi a koszta jego sporządzenia bardzo małe, należy się spodziewać, że pp. właściciele zdrojów żelezistych zechcą w najkrótszym czasie zrobić z niego użytek tak we własnym interesie, jakotéż w interesie konsumentów wody żelezistéj. W końcu nadmienić wypada, że przyrząd w téj postaci, jak go powyżéj opisałem, szczególnie nadaje się do głównego zdroju krynickiego obfitującego w wolny kwas węglowy, przy zdrojach zaś mniéj obfitujących w kwas węglowy musiałby ten brak być zastąpionym sztucznie wytwarzanym gazem, co zresztą nie natrafiłoby ani na przeszkody ani na znaczne koszta.

III. Oceny i sprawozdania.

S o l t m a n n (we Wrocławiu): **Uiber die Behandlung der wichtigsten Magen-Darmkrankheiten des Säuglings.** Tübinga 1881. Cena 1 marka.

Choroby przewodu pokarmowego osesków, dziesiątkujące swe ofiary, po największéj części powstające w skutek błędów, uprzedzeń, niewiadomości a nawet lekkomyślności matek i opiekunek, zasługują na wielką uwagę lekarzy, którzy często zbyt trudno odróżnić się dające formy cierpień tego rodzaju według modły leczyć usiłują, nie wchodząc ani w przyczyny choroby ani jéj dokładniejsze zbadanie ani wreszcie w jéj racyjonalne leczenie, obarczając osłabiony już przewód pokarmowy całym zasobem leków szczmiących.

Soltmann przeświadczony o tém podaje, acz małe, bo tylko z 37miu stron druku się składające dziełko, treścią swą jednak przewyższające wiele innych w tym przedmiocie ogłaszanych. Najważniejszą zaletą téj pracy jest, że na wstępie każdego opisu lekowania pojedyńczych form chorobowych

kładzie główny nacisk na odpowiednie żywienie, a cały arsenał farmakologiczny na drugim kładzie planie. W przedmowie omawia autor pokrótce dyjetetykę dziecięcą i podaje sposoby zapobiegania u dziatwy tego rodzaju chorobom. Do głównych chorób przewodu pokarmowego zalicza niestrawność, nieżyt kiszek cienkich lub cienkich i grubych zarazem, koniec zaś poświęcił nieco obszerniéj omówionéj tak zwanéj cholerze dziecięcéj.

Prototypem pożywienia dla dziecka jest według niego mleko, na pierwszém miejscu mleko kobiety, na drugiém mleko zwierzęce nie podejrzanego składu. Wszystkie rodzaje mączek dla dzieci, a między niemi i mleko zgęszczone, porzuca całkiem podając, że stosowne przyrządzenie dobrego mleka (gotowanie, odpowiednie rozcieńczenie wodą, z dodatkiem w niektórych razach kleiku) wystarcza zupełnie do żywienia dzieci pozbawionych pokarmu naturalnego. Z preparatów sztucznych znajduje u niego zastosowanie tylko pożywka mleczna Biederta i rozczyn mięsny Leubego. W niestrawności zaleca szczególnie wspomnianą pożywkę Leubego albo rozczyn kleju rybiego z dodatkiem wina. *(Rp. Collae piscium 20,0 Aq. dest. 300,0 coq. add. Vin. Xerens. Syr. simpl. āā 100,0)*, ze względu zaś na atonię błony śluzowéj żołądka podaje pepsyn *(Pepsini 10,0 Vin. Xerens. 300,0 Ac. hydrochlor. 1,0. S.* Trzy razy dziennie po łyżeczce. W ostrym nieżycie kiszek radzi przedewszystkiém u dzieci sztucznie karmionych choćby na kilka dni unikać podawania mleka krowiego, zastępując je roztworem Henniga (na 200 grm. wody jedno białko jaja kurzego i nieco soli kuchennéj) lub roztworu Demmego (jedno białko kurzego jaja na litr wody, 2 łyżeczki pełne miałkiego cukru i $^1/_2$ łyżeczki koniaku; co 2 godziny po pół flaszki dziecięcéj do picia); w przewlekłym zaś nieżycie zaleca szczególnie żętycę hałunową. Leków używa przeważnie podniecających, zalecając np. w cholerze dziecięcéj eter i piżmo w połączeniu *(Rp. Liq. ammon. anisat., Spirit. aeth. aa 1,5, Moschi 0,3, Syr. simpl. 30,0. S.* (Co 2 godz. po $^1/_2$ łyżeczki) lub wreszcie eter sam podskórnie do dwóch strzykawek na dobę. W ogóle spotykamy się w tém dziełku ze wszystkiemi nowszemi metodami żywienia choréj dziatwy i z najnowszemi lekami jak będźwinianem sodowym, resorcynem *(Rp. Resorcini 0,1, Infus. Chamomill. 60,0, Trae. Opii s. gtt. 6. S.* co 2 godz. łyżeczkę w cholerze dziecięcéj, lub w formie lewatyw w rozczynie 1% w mieszkowém zapaleniu błony śluzowéj kiszek) obok dawniéj używanych przetworów glinowych jak *Argilla depurata.*

Praca Dra. S. zasługuje ze wszech miar, aby się dostała do rąk wszystkich lekarzy, zwłaszcza, że cena jest bardzo umiarkowaną. *Dr. Kułakowski.*

Buchner: **Skutki dwoinek w ustroju żywym.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 45).

Teoryja postępowania Listerowskiego ma dla tego tak wielką wagę dla nauki lekarskiéj, ponieważ pierwsza dała przykład rozumnego leczenia przeciwzakaźnego. Gdyby wpływ pomyślny postępowania Listerowskiego polegał na b e z w z g l ę d n é m wykluczeniu dwoinek, natedy i ta metoda nie miałaby znaczenia donioślejszego. Zazwyczaj bowiem wtedy dopiero lekarz bywa wołanym do działania przeciw dwoinkom, gdy takowe zagnieździły się już w tkankach. Lecz na szczęście mylność takiego przypuszczenia została już powszechnie uznaną, a chirurgowie nigdy doń nie stosowali swego działania. Zawsze bowiem uznawali, że i pod oprawą Listera unikać należy gromadzenia się wydzielin, coby przecie było obojętném, gdyby przyczyna ich rozkładu w postaci dwoinek mogła być gruntownie usuniętą. Rozczyn martwego białka pozostanie niezmienionym, czy go jest dużo lub mało, byle tylko był wolnym od dwoinek; rozłoży się zaś zarówno, czy wpuścimy doń jednę dwoinkę lub milijard. Dla ustroju atoli żywego ilość dwoinek nie jest wcale obojętną. Jeżli więc pozwolimy im rozmnożyć się obficie w ranie saméj lub w jéj sąsiedztwie, to niebezpieczeństwo, grożące z ich strony, zwiększy się nadzwyczajnie. W tém więc tkwi korzyść, jaką daje obfite nakładanie na ranę materyjałów przeciwzakaźnych, a nie w zagrodzeniu przystępu dwoinkom, zawieszonym w powietrzu, jak mniema wielu lekarzy praktycznych. Stosując się do ich mniemania, należałoby odrzucić, jako zbyteczne, napawanie opraw chirurgicznych lekami przeciwzakaźnemi; zatkanie bowiem szczelne rany możnaby równie dobrze osiągnąć za pomocą sączka suchego, jaki przedstawia wata pospolita. Lecz cóż znaczy odrobina dwoinek, mogąca się dostać z powietrza, w porównaniu z tysiącami, które się znajdują w ranie leczonéj wedle metody przeciwzakaźnéj? Znaczenie tamtych setek jest równie podrzędne jak tych tysięcy naprzeciw milijardom, które się gnieżdżą w ranie, nieopatrzonéj w sposób przeciwzakaźny. Oprawa więc Listera polepsza nietylko stosunki w saméj ranie przez to, że wstrzymuje mnożenie się dwoinek, i umożebnia tkance wywiązanie właściwéj jéj siły oporu, lecz nadto, a nawet głównie, przez to, że przeszkadza rozwojowi dwoinek w pobliżu rany, a tym sposobem zapobiega, aby takowe, rozmnożywszy się licznie, nie dotarły do rany, i tu liczbą swą nie przezwyciężyły siły opornéj tkanki, która małéj ich ilości sprostaćby zdołała.

Oprawa Listerowska chroni więc ranę przed dwoinkami, wprawdzie nie w rozumieniu badacza, lecz w rozumieniu praktyka, a nader pomyślne jéj skutki wskazują, że środki przeciwzakaźne są zbawiennemi, jeśli je stosujemy m i e j s c o w o i c i ą g l e. Zbawienności ich atoli nie należy uogólniać w swéj wyobraźni, i przedstawiać sobie, że działanie ich będzie równie korzystném i przy innéj metodzie stosowania. Przeciwnie w walce przeciw dwoinkom zawsze trzeba mieć na oku stan tkanek, i baczyć, aby siłę ich oporną wzmacniać, a nie osłabiać. Poszukując zaś odpowiednich do tego celu sposobów, byłoby rzeczą najstosowniejszą, wziąść za punkt wyjścia te przypadki chorób zakaźnych, gdzie wyzdrowienie nastąpiło dobrowolnie bez leczenia, gdyż tam zajść musiała w tkankach zmiana taka, która je obroniła od dwoinek. Rozumie się bowiem, że w tych przypadkach dwoinki nie przestały się mnożyć z przyczyny, tkwiącéj w nich samych, jeno z winy, otaczających je, stosunków niepomyślnych; te zaś polegają na pewnéj zmianie zwykłych czynności tkanki. Co do natury téj zmiany Buchner już dawniéj podał pewne wskazówki. Mianowicie sądził, że z a p a l e n i e jest takim procesem, który wytwarza w tkankach zmiany, powiększające siłę ich oporu, i dowodził, że to jest droga. którą następuje wyzdrowienie dobrowolne. Spodziewać się zaś godzi, że badając wpływ dwoinek na tkanki za pomocą doświadczeń naukowych, poznamy inne jeszcze środki, działające podobnie jak zapalenie, które atoli lepiéj od niego dadzą się w praktyce zastosować. Do tych środków należy przyszłość w leczeniu chorób zakaźnych.

Dr. Różański (Lwów).

Chéron i Fauquez: **O działaniu bromku sodu w porównaniu z działaniem bromku potasu i bromku amonu.**

Nieprzyjemne przypady, które pociąga za sobą *Kali bromat.* użyte w dawkach większych i przez dłuższy czas, (biegunka, ociężałość ruchów, utrata pamięci itd.) skłoniły pp. Ch. i F., lekarzy szpitala św. Łazarza w Paryżu, do zajęcia się porównaniem fizyjologicznego działania tych trzech bromków, i zestawieniem ścisłych wskazań dla każdego z nich, a w razie otrzymanych dodatnich wyników zastąpienia bromku potasu bromkiem sodu, który zdawal się równie skutecznie działać nie pociągając jednak za sobą przykrych następstw bromku potasu. Pierwsze próby odnosiły się do 3 chorych padaczką dotkniętych. U jednego z nich padaczka, w skutek używania nadmiaru napojów wyskokowych, dotąd zupełnie nieleczona, ustąpiła po podaniu 4—8 grm. dziennie *Natr. bromat.* u dwóch innych (kobieta 25 lat, mężczyzna 19 lat), u których padaczka trwała od dziecięctwa a bromek potasu podawany już od kilku lat wprawdzie obniżył znacznie liczbę i siłę napadów, ale za to sprowadził znaczną ociężałość ruchów, osłabienie takie władz umysłowych, że chorzy nie rozumieli, co czytali, gdzie usunięcie bromku potasu z tych powodów pozwoliło wrócić chorobie z pierwotną siłą, podany bromek sodu (6 grm. dziennie) ograniczył znacznie napady, przykre przypady powstałe po bromku potasu ustąpiły, mimo że dawkę *Natr. bromat.* podniesiono do 12 grm. na dzień.

Z doświadczeń tych pp. Ch. i F. wysnuwają wniosek, że bromek sodu obniża siłę ruchów zwrotnych, obniża czucie, lecz nie działa tak stłumiająco na czynności umysłowe mózgu i na system mięśniowy jak bromek potasu.

W dalszéj części pracy swojéj zajmują się pp. Ch. i F. wpływem, jaki bromki wywierają na przemianę materyi w organizmie.—W tym celu zrobili szereg doświadczeń na osobnikach zdrowych, biorących jednakową ilość pożywienia, a wynik ich doświadczeń jest następujący:

I. Po użyciu przez pewien czas bromku sodu w dawce 1—4 grm. dziennie stwierdzili: 1) powiększenie ilości moczu, 2) podniesienie jego ciężaru gat., 3) powiększenie ilości części stałych w moczu, 4) zmniejszenie ilości mocznika.

II. Bromek amonu w téj saméj dawce dał następujące wyniki: 1) zmniejszenie ilości moczu, 2) powiększenie ciężaru gatunkowego (co pochodzi od zmniejszenia ilości moczu), 3) zmniejszenie ilości części stałych, 4) zmniejszenie znaczne mocznika. Oddechy stają się głębsze, tętno pełniejsze, twarz się zaczerwienia, czynność mózgu podnosi, daléj uważano znieczulenie względne podniebienia miękkiego i spojówki, i obniżenie odruchów zwrotnych, w ogóle bromek amonu działa ogólnie podniecająco jak sole amonowe z zachowaniem kojącego działania bromu.

III. Z bromkiem potasu autorowie sami doświadczeń nie robili, gdyż środek ten przez innych już dostatecznie był badany, dla porównania tylko zestawiają wyniki otrzymane, a te są: 1) wpływ na odżywienie: zmniejszenie ilości mocznika, powiększenie ilości moczu, albowiem bromek potasu wydziela się częścią przez błony śluzowe zmniejszając ich czułość, częścią przez nerki znieczulając organa moczopłciowe, 2) po większych dawkach zwiększenie ilości stolców, 3) obniżenie czynności mózgu i rdzenia i osłabienie energii systemu mięśniowego (w skutek tego i zwolnienie ruchów serca, wpływ potasu).

Po takiém zestawieniu tych trzech bromków przechodzą autorowie do wysnucia praktycznych wniosków leczniczych rozbierając pojedyńcze przypadki, w których podawali jeden z tych trzech bromków stosując się w wyborze takowego do poprzednio podanych teoretycznych zapatrywań. Uwagi przez nich czynione w tym kierunku są następujące:

Bezsenność, którą napotykamy u chorych nerwowych, chlorotycznych, znękanych troską itd. ze skutkiem była zwalczaną przez zastósowanie bromku potasu, w skutek jednak jego niekorzystnego wpływu na system mięśniowy, na przewód pokarmowy itd., daleko lepiéj podać *Natr. bromat.* (4—5 grm.), które tych następstw za sobą nie pociąga. *Ammonium bromatum* można podawać, a nawet z lepszym skutkiem niż dwa poprzednie bromki, gdy bezsenność jest wynikiem przekrwienia częściowego lub ogólnego mózgu wywołanego jużto nadmierną czynnością mózgu, już zmianami anatomicznemi w nim, np. rozmiękczeniem po zakrzepach i zatorach tętnic mózgowych, wybroczynach, guzach itd., wtedy bowiem obydwie części składowe tego środka (brom i amon) mają swoje zastósowanie.

(Dokończenie nastąpi).

Dr. Wagner: **O ropnicy z ukrytém ogniskiem pierwotném.**

Według panujących obecnie poglądów ropnica rozwija się zawsze z pierwotnego jakiegoś ogniska, położonego już to na powierzchni już téż wewnątrz ciała, zkąd składniki zakaźne dostają się do ogólnego obiegu krwi. Jeżeli w niektórych przypadkach badanie anatomiczne nie zdoła wykazać i wynaleźć owego pierwotnego ogniska, to przypuścić się godzi, że albo badanie było nie dość dokładném albo téż, że dotychczasowe nasze środki badania są niedostateczne do wykazania w każdym przypadku pierwotnego ogniska; zdanie Wunderlicha, jakoby istniały przypadki ropnicy samodzielnéj (*pyaemia* lub *septicaemia spontanea*) dziś jest powszechnie porzuconém. Takie przypadki ropnicy, gdzie pierwotnego ogniska wykazać nie można, Leube nazwał *septicopyaemia kryptogenes.* Prawdopodobne, przypuszczalne ognisko pierwotne w 5 przypadkach ropnicy ogłoszonych przez Leubego było różne. W 1 przypadku według Leubego przyrzut ropnicowy pochodzić miał z róży podudzia, zagojonéj na 2 tygodnie przed wybuchem ropnicy; w 2 przypadku zakażenie nastąpiło może ze strony pozostałéj resztki łożyska, aczkolwiek na 2 tygodnie przed pojawieniem się ropnicy owa resztka posoczejącego łożyska została usuniętą i ani badanie za życia ani pośmiertne nie wykazało żadnych zmian w częściach rodnych ani w sąsiednich naczyniach. W 3 przypadku przypuszcza Leube, że zakażenie pochodziło z obustronnego serowatego zapalenia przyjądrza. W 2 ostatnich nareszcie przypadkach jako pierwotne ognisko ropnicowe uważał Leube raz mały, czerwony, powierzchownie łuszczący się przeczos około lewéj zewnętrznéj kostki, drugi raz zaś jeszcze mniejszy przeczos pokryty strupkiem po stronie wyprostnéj lewego przedramienia.

Wagner zestawił 19 przypadków ropnicy z ogniskiem utajoném leczonych w ostatnich latach 20 w szpitalu lipskim.

Podzielił on je na ośm kategoryj:

I. Przypadki, w których badanie kliniczne wykazało wprawdzie obrażenia zewnętrzne, które to obrażenia jednakże jako zbyt nieznaczne nie wystarczały do rozpoznania ropnicy.

Takich przypadków postrzegano 3.

II. W których większe obrażenia zewnętrzne kazały wprawdzie podejrzywać ropnicę, któréj jednakowoż dla wy-

bitnych przypadów odpowiadających innéj chorobie nie rozpoznano za życia.

Raz rozpoznawano dur brzuszny, drugi raz nagminne zapalenie opon mózgowo rdzeniowych.

III. Przypadki, w których istniały co prawda obrażenia, ale bez naruszenia skóry, skutkiem czego ropnicy nie przypuszczano wcale lub téż rozpoznano ją dopiero w ostatnich chwilach.

Przypadki te, w których prawdopodobnie przez nieznaczną jakąś rankę (która się następnie zagoiła) dostał się przyrzut do krwi, przemawiają za przypuszczeniem Tillmannsa, według którego przyrzut ropnicowy może zgubne swoje wpływy na ustrój wywierać w znacznéj odległości od miejsca obrażonego, podczas gdy miejsce, którędy się dostał do ciała, może pozostać zupełnie prawidłowém.

IV. Rzadkie przypadki, w których ropnica zdaje się pochodzić z głębokiego ropnia zupełnie od powierzchni odgraniczonego i niedającego się za życia wykazać.

Wagner opisuje 1 taki przypadek.

V. Grupa przypadków, w których rozpoznanie jest najtrudniejszém; badanie pośmiertne wykazywało jakieś co do swéj przyczyny nieznaczne cierpienie kości, za życia rozpoznaniu nieprzystępne, gdyż nie wywoływało żadnych lub też bardzo tylko nieznaczne i nieokreślone przypady.

VI. Przypadki ropnicy powstałéj skutkiem ostrego wrzodziejącego zapalenia śródsierdzia, którego to cierpienia dla braku odpowiednich objawów nie można za życia rozpoznać.

W jednym przypadku należącym do téj kategoryi rozpoznanie wahało się między nagminném zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych a ospą krwotoczną. Zapalenie śródsierdzia stawiano na ostatnim planie.

VII. Dalszą kategoryję ropnicy wewnętrznéj stanowią przypadki, w których skutkiem pierwotnych cierpień innego rodzaju tworzą się ropne zakrzepy żylne, te zaś prowadzą do najróżnorodniejszych przerzutów ropnicowych.

W jednym przypadku w przebiegu duru brzusznego powstały w różnych okolicach ciała ropne zakrzepy żylne z następową ropnicą.

VIII. Do ostatniéj kategoryi zalicza Wagner przypadki, w których—bez względu na to, czy za życia rozpoznano ropnicę lub nie—badanie pośmiertne wykazało liczne ropnie pyemiczne ale żadnego ogniska pierwotnego.

Tu należą dwa przypadki.

Tak więc między 19 przypadkami ropnicy niby samodzielnéj w 17 badanie pośmiertne wykazało ognisko pierwotne; to uprawnia do przypuszczenia, że i w 2 ostatnich istniały pierwotne ogniska zakaźne, których jednakże nie zdołano wynaleźć. Za życia w $^1/_3$ części nie rozpoznano wcale ropnicy, w reszcie zaś przypadków zaledwie 4 razy domyślano się miejsca pierwotnego zakażenia.

Co się tyczy objawów klinicznych, czyniących rozpoznanie ropnicy prawdopodobném, Wagner podaje co następuje:

1) Choroba dość nagle powstająca, gorączkowa, ciężka, rzadko rozpoczynająca się od jednego silnego dreszczu, częściéj od dreszczyków, najczęściéj od gwałtownych bólów w stawach i kościach.

2) Podmiotowe uczucie cierpienia jest tak wielkiém, że chorzy natychmiast lub też po paru dniach się pokładają.

3) Gorączka wysoka z nieregularnym przebiegiem zwalniającym lub przepuszczającym. Nasileniom gorączkowym nierzadko towarzyszą dreszcze.

4) Tętno bardzo częste, częstokroć dwubitne.

5) Częstość oddechu nie dająca się tłumaczyć samém podniesieniem ciepłoty, odpowiadająca zazwyczaj ciężkim cierpieniom płuc i opłucny.

6) Powiększenie śledziony, niekiedy także i wątroby.

7) Mniéj lub więcéj silna bębnica, częstokroć z kruczeniem w okolicy kiszki ślepéj, rzadziéj z biegunką.

8) Średniego stopnia białkomocz, rzadko wałeczki i ciałka krwi.

9) Osutka skórna w postaci guzków lub krost na tle krwawém.

10) Żółtaczka rzadko silna.

11) Tak podmiotowe jako i przedmiotowe objawy ze strony większych stawów i kości długich, przedewszystkiém bóle niby reumatyczne, rzadziéj obrzmienie i zaczerwienienie stawów.

12) Ciężkie przypady mózgowe, nieprzytomność, majaczenia, drgawki, śpiączka.

13) Szybki przebieg choroby.

14) Bezskuteczność zabiegów leczniczych z chininem, kwasem salicylowym itp.

Co do odróżnienia ropnicy od innych chorób najłatwiéj ją pomięszać z durem brzusznym. W obydwóch chorobach zdarzają się jako objawy wspólne: wypróżnienia wolne, podobne do zupy grochowéj, bębnica, kruczenie w okolicy kiszki ślepéj, osutka różyczkowa, obrzmienie śledziony, dwubitne tętno, utrata świadomości itd.

Przeciwko durowi brzusznemu przemawiają: tor gorączki nieregularnie zwalniający, tętno i oddech bardzo przyspieszone—u ludzi wiekowych jednakże i w durze brzusznym gorączka, tętno i oddech mogą być takie same — wczesne przypady ciężkiego cierpienia płuc i serca, zapalenia stawów i krwotoki skórne. Najważniejszą okolicznością przemawiającą przeciw durowi brzusznemu jest brak dłuższego okresu zwiastunów, tudzież daleko szybszy przebieg zakażenia ropnicowego.

Ten ostatni wzgląd w razie wątpliwym przemawia więcéj za ropnicą niż ostrą gruźlicą prosówkową. Zresztą—prócz osutki właściwéj ropnicy—wszystkie przypady występować mogą tak w pierwszéj jak i drugiéj chorobie. Wczesne powstawanie ciężkich ropnych wysięków opłucny przemawiałoby przeciw gruźlicy.

Wielkie trudności zachodzić mogą w odróżnieniu ropnicy od zapalenia opon mózgowych, a mianowicie nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. W przypadkach Wagnera 3 razy rozpoznano tę ostatnią chorobę. Ropne wysięki w opłucny lub w osierdziu świadczyłyby za ropnicą. Wzgląd na istniejącą epidemiję jest również ważnym.

W ogóle rozpoznanie ropnicy wewnętrznéj jest bardzo trudném, najczęściéj zaledwie prawdopodobném. (*D. Arch. f. kl. Med.* XXVIII, 6). *St. Sm.*

Mikulicz: Gastroskopia i Esofagoskopia.

Zaraz po wprowadzeniu w praktykę lekarską elektroendoskopii starano się zastósować nowy ten wynalazek także do badania wnętrza żołądka. Próby w tym kierunku były bardzo liczne, jednak żadne z dotychczas podanych narzędzi nie odpowiadało swemu celowi. Po długich staraniach i licznych doświadczeniach, przedsiębranych z Leiterem, udało się Mikuliczowi sporządzić gastroskop, za pomocą którego

można dokładnie obejrzeć wnętrze żołądka żywego człowieka i M. spodziewa się, że nowe jego narzędzie może rozpoznawanie chorób żołądka na nowe wprowadzić tory.

Gastroskop Mikulicza składa się z rury metalowéj 65 cm. długiéj, a 14 mm. średnicy mającéj, w któréj mieści się odosobniony przewód dla prądu elektrycznego, dwa przewody dla wody, wązki przewód do napełniania żołądka powietrzem i obszerne miejsce dla przyrządu optycznego. (Dokładny opis narzędzia podany jest w broszurce Leitera: „*Elektroendoskopische Instrumente*". Wien 1880). Na granicy między dolną a środkową trzecią częścią jest gastroskop Mikulicza zagięty pod kątem 150°, a zagięcie to odpowiadające wygięciu piersiowéj części stosu kręgowego umożebnia wprowadzenie gastroskopu aż do żołądka. Przez odpowiednie ruchy można dolny koniec narzędzia zbliżyć do ściany żołądka tak że każdą jéj część można obejrzeć jak najdokładniéj. Ponieważ jednak tkwiące w połyku narzędzie da się obrócić najwięcéj o 180 stopni, przeto przy stale umocowanym przyrządzie optycznym można za pomocą jednego narzędzia obejrzeć tylko jednę połowę żołądka. Z tego więc powodu skonstruował M. gastroskop na prawo pokazujący dla okolicy odźwiernika i na lewo pokazujący dla obejrzenia dna żołądka.

Przed badaniem należy zupełnie wyczyścić żołądek przez kilkakrotne wypłukanie, następnie wydalić wszelką ciecz utrudniającą badanie, a wreszcie wypełnić żołądek jednostajnie powietrzem, do czego właśnie służy umieszczony w narzędziu przewód powietrzny połączony z odpowiednim balonem.

Przebieg badania jest więc według M. następujący: Badany powinien być naczczo, żołądek jego dokładnie wymyty i zupełnie próżny. Dziesięć minut przed badaniem wstrzykuje M. 0·04 morfinu podskórnie w celu znieczulenia badanego, gdyż bez tego środka nawet bardzo cierpliwi ludzie nie byliby w stanie wytrzymać badania przez czas odpowiednio długi. Uśpienie chloroformem jest według M. nieprzydatne, a nawet niebezpieczne, natomiast powyższa dawka morfinu przytępia zupełnie wrażliwość chorego, który przez 10 do 15 minut znosi bardzo dobrze narzędzie w połyku i jego ruchy, a przecie jest jeszcze dostatecznie przytomny, aby stósować się do wskazówek lekarza jakoteż zapobiedz spływaniu obficie wydzielającéj się śliny do krtani. Z tego ostatniego powodu M. bada chorego w pozycyi leżącéj. Po uskutecznieniu powyższych przygotowań wprowadza M. całkiem przygotowane narzędzie, tj. połączone ze stosem elektrycznym i zbiornikiem wody, przez mocno otwarte usta, trzymając się jednak ich kąta. Krtań stawiającą przeszkodę narzędziu usunąć należy przez delikatny ucisk na bok i ku przodowi. Po przebyciu téj zawady wprowadzić się daje narzędzie łatwo aż do żołądka, przyczém jednak zachować należy jak największą ostrożność. Gdy narzędzie już jest w żołądku, natenczas wypełnia się tenże powietrzem i lekarz siedzący przy nieco ku tyłowi przegiętéj głowie chorego zaczyna badanie. W razie potrzeby można gastroskop Mikulicza wyciągnąć z żołądka szybko i bezpiecznie.

Na tych samych zasadach zbudowany jest Esofagoskop Mikulicza z tą różnicą, że jest krótszy i zupełnie prosty. Przygotowanie wstępne i sposób badania są zupełnie te same co przy gastroskopii, a narzędzie Mikulicza jest o tyle lepsze od używanego dotąd esofagoskopu Störka, że badający wcale nie jest zawisły od mechanizmu przyrządu. Wreszcie poleca M. jak największą ostrożność przy badaniu swém narzędziem i chciałby je widzieć tylko w ręku zręcznego lekarza i to po nabyciu odpowiedniéj wprawy przez ćwiczenie się na trupie. (*Centralblatt für Chirurgie* 1881).

Dr. Schramm.

Dr. Emil Thau: **Ezeryn w wrzodach rogówkowych.**

Do wyleczenia wrzodów rogówkowych mniejszych rozmiarów wystarcza zazwyczaj zapuszczenie atropinu i opaska uciskowa. Inaczéj rzecz się ma z wrzodami większych rozmiarów, powikłanemi z otokiem ropnym w przedniéj komórce, tu atropin zawodzi. Większość okulistów wykonywa w takim razie operacyę Saemischa, Horner zaleca irydektomiję, Wecker sklerotomiję, a Marténache i Gayet przyżeganie żelazem rozżarzoném. Najłatwiejszą jest operacyja Saemischa, jednakże wielu lekarzy praktycznych niemających odpowiedniéj wprawy i przed tą operacyją wzdrygać się będzie, zresztą i nie jeden chory stanowczo sprzeciwia się wszelkiéj operacyi. W takich przypadkach pozostaje zapuszczenie roztczynu ezerynu (1:200) i opaska uciskowa, a chory i lekarz zadowoleni będą z wyników. Dr. Thau w wielu przypadkach używał tego środka w klinice okulistycznéj Dra Dehenne w Paryżu. Zarzucić można ezerynowi, że sprzyja wytworzeniu się tylnych przyczepin. Natomiast zapobiega przebiciu rogówki, wypadnięciu tęczówki i innym groźnym następstwom wrzodów, jeżeli się leku tego na czas używa. A nawet w takim razie, gdy już przyszło do rzeczonych następstw, jeszcze ezeryn jest wskazany i daje dobre wyniki, a zatém w groźnych przypadkach, gdy wystąpienie możebne przyczepin tylnych stanowi mniejsze złe, zapuszczać należy roztczyn ezerynu co dwie godziny, w przeciwnym razie wskazany jest atropin. (*Revue de thérapeutique* 15, X. 1881)

Dr. Bogdanik.

Wiadomości pomniejsze.

(?) Dla odparcia pesymistycznego twierdzenia, jakoby *angina pectoris* była cierpieniem bezwzględnie nieuleczalném, ogłasza Dr. Loewenfeld dwa przypadki powyższéj choroby, w których stosowanie prądu stałego wielkie przyniosło korzyści. U mężczyzny 47-letniego występowały w przerwach 1—2 miesięcznych napady dusznicy, poprzedzane kilkugodzinném uczuciem ciężkości na piersiach. Napady trwające godziny całe zjawiały się niekiedy kilka razy dziennie. Podczas największego nasilenia napadu występowało konwulsyjne drżenie jednéj ręki i nogi, przechodzące następnie i na drugą stronę ciała, trwało zwykle parę minut, zwolniało na pewien czas i znów się powtarzało, aczkolwiek z mniejszém nasileniem. Środki narkotyczne skracały niekiedy lub łagodziły napad, ale nigdy go nie powstrzymywały. Natenczas L. przystąpił do używania prądu stałego w kierunku wstępującym od dolnego do górnego zwoju szyjowego, elektryzując po każdéj stronie przez 1 minutę. Odtąd napady dusznicy nie powtórzyły się więcéj. Inny mężczyzna, 50-letni, doznawał często napadów gwałtownéj ciężkości na piersiach, połączonych z silnemi bólami pod mostkiem, rozpromieniającemi się ku szyi i ramionom. Napady trwały godzinami. Leki narkotyczne zaledwie łagodziły nieco cierpienie. Prąd stały zastósowany w powyższy sposób sprawił natychmiastową ulgę. Podobnie i w innych stanach chorobowych połączonych z ciężkością na piersiach i wynikającym ztąd przestrachem, widział L. wielkie korzyści powyższego postępowania, np. w przypadkach bicia serca u osób histerycznych oraz w nerwowém biciu serca połączonego z dusznością. (*Aerztl. Intelligbl.* 1881, Nr. 39).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcyja lwowska Tow. lek. galic.

Posiedzenie zwyczajne dnia 29 stycznia 1881 r.

Przewodniczący kol. prof. Czyżewicz; Członków obecnych 28.

1) Kol. Czyżewicz jako nowoobrany przewodniczący rozpoczyna swe urzędowanie od stosownego przemówienia do Zgromadzonych

2) Sprawozdania z posiedzenia dorocznego administr. i ostatniego naukowego odczytano i przyjęto.

3) Kol. Jasiński w dłuższém przemówieniu, rozbierając pewne usterki pod względem stosunków higijenicznych miasta Lwowa czyni wniosek naglący: „Zgromadzenie wybierze ze swego łona komisyję złożoną z 3ch członków, która będzie ciągle zwracać uwagę właściwéj władzy autonomicznéj na kwestyje w mieście Lwowie, potrzebujące zmiany stosunków higijenicznych.“ Po dłuższéj dyskusyi, w któréj brali udział kol. Różański, Strojnowski, Widmann, Szeparowicz, Kilarski i wnioskodawca, Zgromadzenie oddaje sprawę tę biuru Sekcyi do zastanowienia się nad nią i złożenia sprawozdania na jedném z następnych posiedzeń.

4) Odczytano list p. Karłowicza, właściciela wsi Snopkowa blizko Lwowa położonéj, z zawiadomieniem o urządzeniu wzorowéj mleczarni z dniem 1go maja b. r. w swéj posiadłości. Sprawę tę oddano komisyi mleczarnianéj.

5) Kol. przewodniczący zapytuje Komisyję ospową, przed 2 laty wybraną, o rezultacie prac. Kolega Pawlikowski imieniem téjże Komisyi przyrzeka wkrótce złożyć sprawozdanie, nad którém obecnie pracuje.

6) Co do komisyi wybranéj w r. 1880 celem udania się do Sasowa dla poczynienia wniosków mających na względzie pewne ulepszenia w tym zakładzie, to ponieważ komisyja przez właścicielkę nie została jeszcze zaproszoną, przeto tam udać się nie mogła.

7) Imieniem Komisyi miejsc klimatycznych w Galicyi, wybranéj na posiedzeniu 12/4 1880 r., oświadcza kol. Pawlikowski, że prace już rozpoczęto.

8) Kol. Szeparowicz rozpoczął odczyt swój: „O inkarceracyjach wewnętrznych“. *Dr. Jana.*

Posiedzenie zwyczajne dnia 12go lutego 1881 r.

Przewodniczący: Zastępca kol. Szeparowicz; Członków obecnych 22.

1) Sprawozdanie z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Odczytano pismo c. k. Namiestnictwa we Lwowie, zwracające uwagę lekarzy na książkę: *Gesundheitslehre für das Volk v. Dr. Franz Hoeber. Wien. 1880.*

3) Kol. Pawlikowski imieniem biura Sekcyi czyni wnioski, z obrad biura wynikłe, w sprawie wniosku kol. Jasińskiego, o wybranie Komisyi stałéj z łona Sekcyi lwowskiéj, któraby czuwała nad stosunkami sanitarnemi miasta Lwowa, a którą to rzecz Zgromadzenie oddało biuru Sekcyi do opracowania. Wniosek biura brzmi: Towarzystwo wybierze komisyję złożoną z 3 członków, która: 1sze wypracuje memoryjał do Świetnego Magistratu miasta Lwowa, w którym poruszy sprawę kanalizacyi i wodociągów, bruków ulic i w ogóle co w zakres ulepszenia stosunków sanitarnych miasta Lwowa wchodzić może; 2gie przedstawi projekt i wykaże potrzebę pomnożenia Sekcyi IV Rady miasta Lwowa, ludźmi fachowymi z zewnątrz Rady wybieralnymi. Po dłuższéj dyskusyi, w któréj brali udział koledzy Żuliński, Merunowicz, Widmann, Kilarski, Krówczyński, Strojnowski, Jasiński i Pawlikowski, wnioski biura przyjęto.

4) Kol. Jasiński mówił o ważności metody leczniczéj „Massage“.

5) Kol. Krówczyński odczytał pracę: „Czy kiła jest zakażeniem krwi“.

Z powodu pory spóźnionéj posiedzenie zakończono.

Dr. Jana.

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W Krakowie podniosła się ogólna śmiertelność w ciągu 45 tygodnia do 5go listopada z 19,4 do 24,0 i więcéj doniesiono przypadków śmierci i zachorowań na choroby zakaźne. Umarło bowiem 1 z ospy, 3 z płonicy, 1 z błonicy, 1 z krztuśca, 1 z duru brzusznego i 1 z czerwonki, a doniesiono o 1 przypadku ospy, 1 ospicy, 1 płonicy, 7 błonicy. Pojawiły się również liczne przypadki nieżytu oskrzelowego i gośćca. W tygodniu do 15 października ospa w Londynie wcale się nie zmieniła. Zachorowało 66, umarło 22, leczyło się w szpitalach 467. W Wiedniu umarło 10, w Paryżu 7, w Budapeszcie 9, w Saragosie 16. W Madrycie panowała silna ospa we wrześniu. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 8, w Amsterdamie, Maladze i Saragosie po 1, w Walencyi 2, czerwonka złagodniała na początku października w Granadzie, a zaostrzyła się w Aleksandryi. Od 1 do 15 sierpnia umarło w Rio de Janeiro 4 z febry żółtéj. Z powodu pojawienia się cholery w Mekce zarządzono 10-dniową kwarantanę.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 42 (do 15 października) umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 25,6; w Poznaniu 31,4; w Wiedniu 23,5; w Budapeszcie 27,8; w Pradze 25,1: w Tryjeście 29,9; w Berlinie 22,7; w Wrocławiu 27,7; w Gdańsku 30,2; w Monachowie 30,5; w Dreźnie 19,4: w Lipsku 21,3; w Bazylei 19,3; w Brukseli 23,6; w Amsterdamie 20,2; w Hadze 17,0; w Paryżu 24,9; w Londynie 19,9; w Kopenhadze 15,3: w Stokholmie 19,3; w Chrystyjanii 16,0; w Petersburgu 40,0; w Odesie 35,2; w Rzymie 26,7; w Madrycie 26,9; w Lizbonie 29,4; w Aleksandryi 45,9; w Nowym Jorku 37,4; w Filadelfii 25,6; w Bombaju 26,2; w Madrasie 34,1. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 10 listopada. W poniedziałek d. 14 bm. rozpoczną się egzaminy fizykackie pod przewodnictwem protomedyka, który w tym celu zjedzie do Krakowa. Tym razem zgłosiło się kandydatów 4.

* Wydział lekarski U. J. rozpisał konkurs na posadę asystenta przy katedrze anatomii opisowéj. Termin wręczenia podań trwa do 20 bm.

* Zakład zdrojowo-kąpielowy w Krynicy otrzymał rb. za swoje okazy i przetwory zdrojowe dwa medale, mianowicie jeden na wystawie międzynarodowéj balneologicznéj w Frankfurcie nad Menem odbytéj, drugi zaś na wystawie przyrodniczo-lekarskiéj w Krakowie.

* Sprawiedliwość angielska. Już nieraz mieliśmy sposobność wykazania, o ile postępowanie sądowe w Anglii jest niższém od naszego w sprawie oceniania wątpliwego stanu umysłowego ludzi, obwinionych o dopuszczenie się czynu karygodnego. O nowym przypadku smutnym dowiadujemy się z ostatniego Nru *Lancetu*. Otóż niejaki Dr. Wilhelm Storey, lekarz liczący lat 68, który praktykował przez lat 44, skazany został na 5 lat ciężkiego więzienia, obwiniony o niezgrabne, usiłowane podpalenie własnego domu. Sąd uznał go poczytnym pomimo przeciwnego zdania znawców. Prawda, że jeden ze znawców, Dr. Winslow, nieświetnie się wywiązał ze swego zadania. Według *Lancetu* rozpoznał on u podsądnego obłąkanie moralne, przypuszczał atoli, że pomiędzy jednym a drugim napadem był całkiem zdrowym na umyśle. Bardzo słusznie zarzuca *Lancet* temu orzeczeniu, że obłąkanie moralne polega na zwyrodnieniu, które nie dopuszcza przerw wolnych, chwilowego zdrowia, i że obwiniony kwalifikuje się raczéj do przytuliska, a nie do więzienia. Zapewne i w tym przypadku Minister spraw wewnętrznych zakwestyjonuje wyrok przysięgłych i po zapadłym wyroku poleci zbadanie stanu umysłowego niesłusznie skazanego człowieka. Tak więc w wolnéj Angii jedyną tarczą przeciw nieuzasadnionym wyrokom ludu—jest opieka rządowa!

m. Z Rosyi. Dziennik *„Sybir“* w Nrze 33 donosi o nader smutnym stanie medycyny w niektórych miejscowościach Syberyi. Miasto Berezów np., zajmujące wraz z okręgiem przeszło tysiąc wiorst (1066 kilometr.), mieć powinno z urzędu

trzech lekarzy, w rzeczywistości jednakże praktykuje tylko jeden. Inny znowuż dziennik „*Wiestnik Pskowsk. Ziemstwa*“ zamieszcza jeszcze ciekawszy fakt, a mianowicie że niejaki p. Maksymów, w imieniu mieszkańców powiatu Noworżewskiego, protestuje przeciw uchwale Ziemstwa, naznaczającej posadę lekarza, w miejsce dotychczasowego felczera, dowodząc przy tém, że zamiana taka jest zbyteczną i nieodpowiednią!! — Choroba Pirogowa, jak donoszą dziennikowi „*Zaria*“ z Winnicy, nie budzi nadziei wyleczenia.

Na opróżnioną katedrę higijeny, policyi lekarskiéj i epizoocyj, przy Uniwersytecie Warszawskim przedstawionym został Dr. Łapczyński b. asystent prof. Botkina wraz z dwoma innymi kandydatami Kapustinem z Woronezu i Drem Nagórskim. Przy téj okazyi *Wracz* (Nr. 42), nazywa anachronizmem wykłady epizoocyj dla lekarzy przyszłych, zwłaszcza gdy wedle tegoż tygodnika w całéj Rosyi ma być jedyny higijenista-weterynarz. — W bieżącym roku szkolnym Akademija Wojenno-Lekarska, wyznaczyła następujące zadania dla studentów ubiegających się o medale: *a)* Wpływ systemu nerwowego na wytwarzanie się ciepła w organiźmie; *b)* Porównawcze przedstawienie zmian materyi dwóch jakichkolwiekbądź chorób gorączkowo-zakaźnych. — Kwestyja zatrważająca szerzącego się pijaństwa w Rosyi była przedmiotem długich narad w Petersburgu, niedawno ukończonych. Redakcyja *Wracza* zapytuje się, dla czego w gronie komisyi nie było ani jednego lekarza, a *Nowosti* ogłaszają bardzo ciekawe zestawienie cyfr w przybliżeniu wyrażających liczb osóbę w ciągu trzechlecia zmarłych z otrucia wyskokowego. W 29 gubernijach Cesarstwa w ciągu trzechlecia 1876—1878 przypadków takich było 2077. Najwięcéj przypadków było w gubernii Wiackiéj (355), najmniéj w Witebskiéj (4).

* **Mianowania i odznaczenia.** Dr. Koeberlé w Strasburgu otrzymał krzyż oficerski orderu legii honorowéj. — Docent prywatny Dr. Wernich mianowany został fizykiem powiatowym miasta Berlina.

* **Nekrologija.** W Paryżu umarł nagle prof. Bouillaud w 86 roku życia. Żywot, prace i zasługi jego zajmują osobną ważną kartę w historyi medycyny. Uczeń Bichata i Laënneca, a zwolennik Broussaisa, jakkolwiek z dumą powiedział o sobie, że z własnéj pochodzi szkoły, był on jednym z głównych filarów medycyny nowszéj, a zasługi jego pozostaną nieśmiertelnemi, bo prace jego, znane każdemu lekarzowi, mają wartość trwałą. Jemu zawdzięczamy wiadomość o związku zachodzącym pomiędzy gośćcem a chorobami serca, oraz przeistoczenie nauki o chorobach naczyń; wspólnie z Broką zasłużył się także koło nauki o umiejscowieniu mowy w zwojach czołowych mózgu. Społeczeństwo uznało téż te zasługi pierwszorzędne: od r. 1831 był profesorem w Wydziale lek. w Paryżu, następnie dziekanem tegoż Wydziału, członkiem Akademii umiejętności i lekarskiéj, komandorem orderu legii honorowéj, za czasów króla Ludwika Filipa i 2giéj rzeczypospolitéj deputowanym itd. Pomimo sędziwego wieku zabierał głos w kwestyjach ważnych naukowych aż pod koniec życia, a przed paroma tygodniami jeszcze miał w Akademii świetną mowę bez najmniejszego znużenia. Dawniéj szorstki i uszczypliwy w polemikach, w ostatnich latach stał się bardzo uprzejmym, godząc przekonanie swoje konserwatywne z dowcipem nie ubliżającym, owszem schlebiającym; tak np. odpowiedział koledze, który mu mówił o magnetyzmie: „Wierzę, ponieważ kolega mi to opowiadasz; ale gdybym był widział, nie byłbym uwierzył.“ — Pogrzeb znakomitego męża wedle życzenia jego odbył się całkiem skromnie, jakkolwiek przy pochodzie nie brakowało nikogo, kto tylko zajmuje w świecie naukowym paryzkim wybitne stanowisko.

W Dublinie umarł Dr. M'Clintock w 60 roku życia, zasłużony akuszer, przewodniczył sekcyi ginekologicznéj na ostatnim Zjeździe w Londynie.

☐ D. 27 października 1881 zmarł w Jarosławiu Dr. w. n. lek. Adolf Górski, w 31 roku życia. Zmarły znany jako pracowity, sumienny i wszechstronnie wykształcony lekarz uległ nieuleczalnéj chorobie płuc, któréj się nabawił będąc wysłany do Podwołoczysk podczas „dżumy,“ pojawiającéj się w sąsiedniém państwie w r. 1878/9. I znów jedna ofiara do tych licznych w naszym zawodzie! Obrzęd pogrzebowy odbył się na dniu 29 października przy bardzo licznym udziale obywateli miasta i okolicy. Cześć jego pamięci! *Dr. Dietzius.*

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 45: Szwajcera: Spostrzeżenia nad przebiegiem gorączki powrotnéj w szpitalu starozakonnym w Warszawie; Sokołowskiego: Sprawozdanie z oddziału dla chorób piersiowych przy szpitalu św. Ducha w Warszawie. — W *Medycynie* Nr. 45: Kahla: Otrucie strychniną; Bronikowskiego: Ciągła narkotyzacyja przy tężcu ciała ogólnym.

Redakcyja otrzymała:

Dr. LOEWY (w Fünfkirchen): Das Chinolin gegen Intermittens u. Intermittens-Neuralgien. (Osobne odbicie z W. med. Presse 1881), in 8vo str. 13.

Piśmiennictwo lekarskie. KLEIN and SMITHS Atlas of Histology, with 48 Coloured Plates, the Illustrations by E. Noble Smith. from preparations by Dr. Klein, the Text by Dr. Klein. 4. London, Smith and Elder. sh. 84.

KOENIG F. Lehrbuch der speciellen Chirurgie. 3. Aufl. Bd. 1 m. 121 Holzschn. gr. 8. Berlin, Hirschwald. M. 13.

LANNELONGUE O. Abcès froids et tuberculose osseuse. 8. Paris, Asselin. Fr. 8.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Sprawozdanie z działu ubezpieczeń na życie

Towarzystwa wzajemnych ubezpieczeń w Krakowie,

ZA ROK XI,

t. j. za czas od 1 Stycznia do 31 Grudnia 1880 roku.

Rachunek zysków i strat.

Z ubezpieczeń kapitałów

Przychód:	pośmiertnych „A." Złr.	c.	dożywotnich „B." Złr.	c.	Ogółem „A.+B." Złr.	c.
Przeniesienie Rezerw i przeniesienia Zaliczek z roku 1879 . .	491.354	25	229.309	02	720.663	27
„ „ Szkód z roku 1879	27.470	64	174	75	27.645	39
„ „ na należytości rządowe z roku 1879 .	5.319	91			5.319	91
„ Funduszu na dywidendę z roku 1879	13.511	06	1.786	56	15.297	62
„ „ „ renumeracyję bilansową z r. 1879 .	600	—			600	—
Zebrane zaliczki od ubezpieczonych kapitałów	255.578	66	81.353	46	336.932	12
„ „ „ „ rent	2.531	83	765	92	3.297	75
Wpisowe z polic	1.505	40	466	95	1.972	35
Procenta i kupony	46.246	72	16 719	04	62.965	76
Zysk na kursie papierów wartościowych, agio etc.	6.199	43	2.272	50	8.471	93
Eskont od wypłaconych szkód i przepadłe podatki	944	94	40	52	985	46
	851.262	84	332.888	72	1,184.151	56

Rozchód:	pośmiertnych „A." Złr.	c.	dożywotnich „B." Złr.	c.	Ogółem „A.+B." Złr.	c.
Premije kontrassekuracyjne	35.206	96	1.557	11	36.764	07
Wypłacone szkody	92.410	18	1.030	—	93.440	18
Fundusz na szkody nieuregulowane	23.593	50	174	75	23.768	25
Wypłacone renty	990	—	1.278	—	2.268	—
Zwrot zaliczek z powodu wcześniejszéj śmierci obdarowanego			1.966	23	1.966	23
Wykup polic	12.464	16	310	20	12.774	36
Rezerwy i przeniesienie zaliczek od kapitałów	560.370	41	280.695	70	841.066	11
„ „ „ „ rent	10.952	30	19.676	43	30.628	73
Honoraryja lekarskie	1.811	20	150	—	1.961	20
Prowizyje akwizycyjne	18.199	03	5.955	82	24.154	85
„ incasso	5.248	82	1.521	74	6.770	56
Pensyje, dodatki osobiste i aktywalne urzędników	16.210	90	4.691	60	20.902	50
Remuneracyje, odprawy i zapomogi	3.501	63	913	87	4.415	50
Lokal, opał, światło, potrzeby biura etc.	1.414	95	438	85	1.853	80
Prenumerata, inserata, druki i portoryja	1.390	17	460	29	1.850	46
Koszta podróży	235	07	78	35	313	42
Należytości rządowe	4.040	05			4.040	05
Fundusz na należytości rządowe	5.300	—			5.300	—
Odpis z wartości urządzenia	206	70	68	90	275	60
Przepadłe należytości	313	47	104	49	417	96
Wypłacona dywidenda	10.863	91	1.507	39	12.371	30
Fundusz na niewypłaconą dywidendę	2.647	15	279	17	2.926	32
„ „ różnice kursu	3.976	60	1.051	40	5.028	—
Saldo Zysk . . .	39.915	68	8.978	43	48.894	11
	851.262	84	332.888	72	1.184.151	56

Podział zysku.

	„A." Złr.	c.	„B." Złr.	c.	„A.+B." Złr.	c.
20% od Złr. 39.915 68 ct. / 20% „ „ 8.978 43 „ } w myśl Statutu na fundusz rezerwowy	7.983	15	1.795	68	9.778	83
20% „ „ 80.242 51 „ / 15% „ „ 14.539 41 „ } na dywidendę Członkom pierwszych lat siedmiu	16.048	50	2.180	91	18.229	41
Na Rezerwę zysków na dalsze lata	10.259	91	3.902	30	14.162	21
Na Rezerwę specyjalną	5.024	12	1.099	54	6.123	66
Na Renumeracyję bilansową	600	—			600	—
	39.915	68	8.978	43	48.894	11

Kraków, dnia 1 Stycznia 1881 r.

Dyrekcyja Towarzystwa wzajemnych ubezpieczeń w Krakowie:

H. hr. Wodzicki. ***M. Łępkowski.*** ***H. Kieszkowski.***

Naczelnik rachunkowości działu ubezpieczeń na życie:

Cz. Kieszkowski,

Kraków, dnia 23 Maja 1881 r.

W dowód zgodności z księgami:

Członkowie Rady Nadzorczéj:

Stanisław Starowiejski. ***Zenon Słonecki.***

jako Komisyja kontrolująca.

Stan majątku działu ubezpieczeń na życie.

Stan czynny.	Wartość nominalna w rubl.	Wartość nominalna w Złr.	z 31/12 1880 kurs.	Złr.	c.	Złr.	c.	Złr.	c.
Zapas gotówki na dniu 31 Grudnia 1880								26.745	50
Rozporządzalne należytości w Instytucyjach kredytowych								85.669	99
Papiery wartościowe według kursu z dnia 31 Grudnia 1880:									
5% Prioritety galic. Banku dla Handlu i Przemysłu		29.400	30			8.820	—		
6% Listy zastawne galic. Banku hipotecznego . .		127.800	100	127.800	—				
Kupon bieżący				2.556	—	130.356	—		
5% Listy zastawne galic. Banku hipotecznego . .		50.100	99	49.599	—				
Kupon bieżący				832	84	50.431	84		
5% Listy zastawne galic. Towarzystwa kredytowego ziemskiego		204.600	98 1/2			201.531	—		
6% Listy zastawne galic. Zakładu kredytowego ziemskiego		82.800	100	82.800	—				
Kupon bieżący				828	—	83.628	—		
6% Obligacyje Pożyczki krajowéj		19.500	100	19.500	—				
Kupon bieżący				195	—	19.695	—		
4% Renta złota austryjacka		22.600	88·20	19.933	20				
Kupon bieżący . . .				264	42	20 197	62		
5% Losy państwowe z roku 1860		13.500	131	17.685	—				
Kupon bieżący				90	01	17.775	01		
4% Losy regulacyi Cisy		6.000	108	6.480	—				
Kupon bieżący				63	33	6.543	33		
5% Listy zastawne miasta Warszawy	66.000		93/122	74.883	60				
Kupon bieżący				1.006	49	75.890	09		
5% Listy zastawne Królestwa Polskiego	33.000		99/122			39.857	40		
4% Listy likwidacyjne Królestwa Polskiego . . .	750		86·40/122			790	56	655.515	85
Weksle w portfeuilu								481	98
Pożyczki na hipoteki						237.049	91		
Pożyczki na police						166.917	61	403.967	52
Różni dłużnicy						5.378	73		
Towarzystwa retrocessyjne						8.004	71		
Reprezentacyje Towarzystwa (Lwów, Czerniowce, Berno)						14.056	75		
Agenci						39.892	25	67.332	44
Wartość urządzenia								1.600	—
	99.750	556.300						1,241.313	23

Stan bierny.	Złr.	c.	Złr.	c.	Złr.	c.
Rezerwy i przeniesienie zaliczek zabezpieczonych kapitałów „A."	560.370	41				
Rezerwy i przeniesienie zaliczek zabezpieczonych kapitałów „B."	280.695	70	841.066	11		
Rezerwy i przeniesienie zaliczek zabezpieczonych rent „A."	10.952	30				
Rezerwy i przeniesienie zaliczek zabezpieczonych rent „B."	19.676	43	30.628	73	871.694	84
Rezerwy na nieuregulowane Szkody „A." . . .			23.593	50		
Rezerwy na nieuregulowane Szkody „B."			174	75	23.678	25
Komitet Spółek b. Galicyjskiego Towarzystwa ubezpieczeń					7.258	—
Fundusz na dywidendę „A"			2.647	15		
Fundusz na dywidendę „B."			279	17	2.926	32
Fundusz na należytości rządowe					5.300	—
Fundusz na różnicę kursu					8.000	—
Funzusz rezerwowy „A."			46.100	01		
Fundusz rezerwowy „B."			7.065	67	53.165	68
Rezerwy zysków „A."			122.981	11		
Rezerwy zysków „B."			18.708	22	141.689	33
Fundusz na dubiosa					2.304	75
Depozyta					1.500	—
Fundusze trzech Spółek					74.811	95
Saldo zysk					48.894	11
					1,241.313	23

Kraków, dnia 1 Stycznia 1881 r.

Kraków, dnia 23 Maja 1881 r.

Dyrekcyja Towarzystwa wzajemnych ubezpieczeń:

H. hr. Wodzicki. M. Łępkowski. H. Kieszkowski.

Naczelnik rachunkowości działu ubezpieczeń na życie:

Cz. Kieszkowski.

W dowód zgodności z księgami:

Członkowie Rady Nadzorczéj:

Stanisław Starowiejski. Zenon Słonecki.

jako Komisyja kontrolująca.

Zestawienie wypłaconych kapitałów pośmiertnych (tabl. I, II, V, VIII, IX) i zwrotów zaliczek w skutek, przed terminem wypłaty, zapadłych śmierci (tabl. VI, VII, X, Xa, XV) za czas od 1 Listopada 1869 do 31 Grudnia 1880 czyli za 11 lat istnienia działu życiowego.

Liczba porz.	PRZYCZYNA ŚMIERCI	Kapitały pośmiertne.			Zwrot zaliczek.			Wypłacono ogółem.		
		wypadków	Złr.	cnt.	wypadków	Złr.	cnt.	wypadków	Złr.	cnt.
1	Choroby mózgu i rdzenia pacierzowego	47	75.000	21	13	1.709	69	60	76.709	90
2	Konwulsyje	—	—	—	4	253	50	4	253	50
3	Choroby gardła i krtani	7	7.703	94	44	8.792	24	51	16.496	18
4	Suchoty	80	88.844	35	13	1.553	25	93	90.397	60
5	Choroby płuc	60	82.079	—	15	1.895	65	75	83.974	65
6	Choroby serca	18	19.942	65	4	962	28	22	20.904	93
7	Zapalenie otrzewny	1	1.000	—	—	—	—	1	1.000	—
8	Choroby żołądka i jelit	3	9.000	—	8	529	16	11	9.529	16
9	Choroby wątroby	2	1.100	—	1	188	12	3	1.288	12
10	Zapalenie śledziony	—	—	—	3	120	—	3	120	—
11	Choroby nérek	12	22.647	—	4	97	50	16	22.744	50
12	Choroby pęcherza moczowego	1	500	—	—	—	—	1	500	—
13	Zapalenie macicy	1	1.500	—	—	—	—	1	1.500	—
14	Przepuklina	1	2·000	—	—	—	—	1	2.000	—
15	Choroby kości i stawów	2	3.200	—	—	—	—	2	3.200	—
16	Wodna puchlina	6	5.900	—	—	—	—	6	5.900	—
17	Rak i zakażenie krwi	9	15.250	—	2	260	—	11	15.510	—
18	Blednica	—	—	—	1	133	56	1	133	56
19	Zimnica	—	—	—	1	112	15	1	112	15
20	Kur (Odra)	—	—	—	2	66	83	2	66	83
21	Szkarlatyna	—	—	—	10	3.178	53	10	3.178	53
22	Ospa	2	800	—	3	160	64	5	960	64
23	Róża	—	—	—	1	360	32	1	360	32
24	Cholera	—	—	—	1	40	32	1	40	32
25	Dur (typhus)	17	20.205	79	7	2.834	13	24	23.039	92
26	Obłęd opilczy	1	700	—	—	—	—	1	700	—
27	Zatrucie	1	300	—	1	113	42	2	413	42
28	Wycieńczenie i uwiąd schyłkowy	5	6.300	—	2	98	75	7	6.398	75
29	Utopienie	2	4.000	—	—	—	—	2	4.000	—
30	Przejechanie lokomotywą	1	300	—	—	—	—	1	300	—
31	Spalenie przy pożarze	1	1.000	—	—	—	—	1	1.000	—
32	Niewiadoma przyczyna (z powodu nienadejścia aktów)	5	9.327	50	—	—	—	5	9.327	50
33	75 książeczek pogrzebowych	26	1.875	—	—	—	—	26	1.875	—
		311	380.475	44	140	23.460	04	451	403.935	48

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Ulica Podwale Nr. 64.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Boulv. Voltaire 180, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia p. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 19 listopada 1881. **№ 47.** Rok XX.

I. Z pracowni chemii lekarskiéj Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Kilka słów o gazie karbolowéj.

Skreślił Dr. Leon Kopff,
asystent tegoż zakładu.

(Dokończenie. Patrz Nr. 46).

Moje oznaczenia wydały następujące wyniki:

I. Gazy, mającéj dwa dni, dobrze opakowanéj w papier pargaminowy, odważono 5 gramów. Według powyżéj opisanego sposobu strącono 0.463 trójbromfenolu, co odpowiada 0.1305 kwasu karbolowego. Gaza więc ta zawierała 2.61% kwasu karbolowego.

II. Odważono 5 gramów gazy, dnia poprzedniego robionéj, pozostającéj w dobrém opakowaniu w papier pargaminowy. Odważono 0.227 trójbromfenolu, co odpowiada 0.064 kwasu karbolowego. Gaza ta zatém zawierała 1.28% kwasu karbolowego.

III. Gazy dobrze opakowanéj, 4 dni mającéj, odważono 2 gramy. Otrzymano 0.123 grm. trójbromfenolu, co odpowiada 0.034 grm. kwasu karbolowego. Gaza więc ta miała 1.73% kwasu karbolowego.

Z tych trzech oznaczeń gazy wyrabianéj w jeden i ten sam sposób, jednakowo dokładnie opakowanéj, nie różniącéj się prawie co do czasu, jaki upłynął od zrobienia, widzimy, że każdy prawie wyrób gazy zawiera inny procent kwasu karbolowego, znacznie niższy od tego, jakiśmy według obrachowania powinni otrzymać. W naszych trzech gazach mieliśmy 2.61%, 1·28% i 1.73%, zamiast 10% kwasu karbolowego. Przyczyną, że każdy wyrób gazy zawiera inną ilość kwasu karbolowego, zdaje się być raz mniejsze drugi raz większe przejęcie się gazy masą karbolową, a powtóre szybkie ulatnianie się kwasu karbolowego zaraz po odkryciu naczynia, w którém się gazę wyrabiało.

Chcąc się przekonać o ile wpływa dobre opakowanie na treść kwasu karbolowego w gazie, wykonałem następujące doświadczenia.

IV. Gazę użytą do rozbioru pod Nrem I przechowywałem przez dni 17, owiniętą kilkakroć w papier pergaminowy i zawiązaną dobrze sznurkiem. Po 17 dniach odważyłem 15 grama i otrzymałem w sposób wyżéj opisany 0.123 trójbromfenolu, co daje 0.0346 kwasu karbolowego. Gaza więc ta zawierała już tylko 2.31% kwasu karbolowego.

V. Drugą paczkę téj saméj gazy, zawierającéj według rozbioru pod I 2.61% kw. karbolowego, zawinąłem w papier pergaminowy pojedyńczo i nie zawiązywałem sznurkiem. Po 32 dniach odważyłem 3 gramy i otrzymałem sposobem powyższym 0.108 trójbromfenolu, co się równa 0.0304 czyli 1.02% kwasu karbolowego.

VI. Dla skontrolowania poprzedniego rozbioru, a zarazem dla przekonania się, jak prędko postępuje ulatnianie się kwasu karbolowego, wziąłem gazę Nr. I, użytą po 17 dniach do oznaczenia jak Nr. IV, i pozostającą ciągle w jednakowo dobrém opakowaniu, po raz wtóry po 33 dniach do rozbioru. 3 gramy téj gazy dały powyższym sposobem 0.206 trójbromfenolu, czyli 0.058 kwasu karbolowego, co odpowiada gazie 1.93 procentowéj.

VII. Gazę, którą otrzymałem ze szpitala, jako robioną 16 maja r. b., pozostającą przez 57 dni w dobrém opakowaniu, poddałem również rozbiorowi jak powyższe gazy. 3 gramy téj gazy dały 0.098 trójbromfenolu czyli 0.0276 kwasu karbolowego, co odpowiada 0.92%.

Z rozbiorów pod IV, V i VI widzimy, o ile wpływa dobre opakowanie na zawartość kwasu karbolowego w gazie. Gaza dobrze opakowana po 17 dniach zamiast 2.61% zawiera już tylko 2.31%, tj. o 0.3% mniéj kwasu karbolowego. Taż sama dobrze opakowana zawiera po 33 dniach już tylko 1.93% czyli straciła 0.68% przy dobrém opakowaniu. Przy niedokładném opakowaniu, zawiera ona po 32 dniach zamiast 2.61% tylko

1.02%, straciła zatém w tak krótkim czasie 1.59% kwasu karbolowego.

Z powyższych trzech rozbiorów, jakotéż z rozbioru VII, widzimy zarazem, jak szybko, mimo dobrego opakowania, kwas karbolowy z gazy się ulatnia. Chcąc się przekonać, jaka jest różnica między gazą wyrabianą powyższym sposobem, a gazą otrzymywaną według przepisu Brunsa, prosiłem Dra Obalińskiego, aby kazał zrobić dla mnie pewną ilość gazy Brunsa.

Otrzymano ją w następujący sposób: 1 kilogram gazy pozbawionéj apretury macza się w mięszaninie złożonéj z 400 gramów colophonium, 2 litrów wyskoku, 100 gramów kwasu karbolowego i 80 gramów olejku rycinowego (lub téż 100 gramów gliceryny). Następnie skoro gaza się dobrze powyższą mięszaniną napoi, suszy się ją przez 5 do 10 minut i w dobrze zamkniętych naczyniach przechowuje.

VIII. Z tak otrzymanéj gazy odważyłem, zaraz na drugi dzień po jéj zrobieniu, 8,535 gramów i wytrawiałem wodą ciepłą, według metody użytéj przez Kaufmanna, Schmida i Martiniego. Otrzymałem 1.463 trójbromfenolu, co się równa 0.413 kwasu karbolowego, czyli 4.85%.

IX. Równocześnie oznaczałem kwas karbolowy w téj saméj gazie sposobem Brunsa otrzymanéj, metodą jakiéj przy poprzednich oznaczeniach już używałem. 5.412 gramów gazy dało 1.078 trójbromfenolu czyli 0.304 kwasu karbolowego, co odpowiada 5.62%.

Różnica więc między wynikiem pierwszego a drugiego rozbioru wynosi 0.77%. Zapatrywania moje co do przyczyny téj różnicy wypowiedziałem już powyżéj.

X. Celem przekonania się, czyby nie można postępowania dość utrudnionego destylowaniem w jakiś sposób skrócić, przedsięwziąłem następną próbę: 11.71 gramów gazy, oznaczonéj pod Nrem II, wówczas pięć dni mającéj, pokrajałem w drobne kawaleczki i dałem do obszernéj kolby. Po dwakroć nalałem wodą wrzącą, mocno za każdym razem kłócąc i kilka godzin w spokoju pozostawiając. Gdy już woda na gazę nalana nie dawała więcéj z bromem reakcyi fenolu, przesączyłem wyciąg, aby go oczyścić od przymieszek mechanicznych. Z odsączu strąciłem trójbromfenolu 0.353 grama, co odpowiada 0.099 kwasu karbolowego, czyli 0.76%.

Ponieważ gaza ta metodą, zwykle przezemnie używaną oznaczona, zawierała w pierwszym dniu po wyrobieniu 1.28%, zatém różnica była 0.52%, która tylko w małéj części może się tłumaczyć ulatnianiem kwasu karbolowego w ciągu 4ch dni. Reszta różnicy odpowiada błędowi popełnionemu przy użyciu téj metody. Zapewne i tu woda wrząca nie zabrała wszystkiego kwasu karbolowego z gazy, a przytém część kwasu karbolowego mogła się łatwo przy przelewaniu, sączeniu itd. ulotnić.

Dla przekonania się, ile téż zawiera kwasu karbolowego gaza znachodząca się w handlu, postarałem się o dwie sztuczki gazy z jednéj z tutejszych najsumienniejszych aptek. Jedna z fabryki szwajcarskiéj (Schaffhausen), a druga z fabryki wiedeńskiéj.

XI. Gaza szwajcarska. 8.334 grama, dały zwykłym sposobem 0.72 tróbromfenolu, co się równa 0.203 czyli 2.44% kwasu karbolowego.

XII. Gaza wiedeńska. 6.84 gramów gazy wiedeńskiéj dało 0.048 trójbromfenolu, czyli 0.0136 kwasu karbolowego, co odpowiada 0.198%.

XIII. Ta sama gaza wiedeńska leżała zawinięta w zwykłym papierze przez 24 godzin. Po 24 godzinach znaleziono zaledwie ślad kwasu karbolowego przy użyciu jako odczynnika bromu.

Dla przekonania się ile w ogóle gaza wyrabiana w szpitalu na sposób Listera zawiera części domięszanych, wykonałem następującą próbę.

XIV. 2 gramy gazy drobno pokrajanéj wyciągałem naprzód wodą wrzącą, potém wyskokiem z eterem, wreszcie czystym eterem, póki eter po odparowaniu żadnéj pozostałości nie dawał. Gaza teraz dokładnie wysuszona, ważyła 1.23 grm., co odpowiada 38.5% ubytku, przypadającego na parafinę, kwas karbolowy, żywicę burgundzką, glicerynę itd

Zastanowić nam się teraz jeszcze wypada, który sposób wyrabiania gazy zasługuje na pierwszeństwo, czy sposób Listera, według którego wyrabia się gaza w tutejszym szpitalu powszechnym, lub téż sposób Brunsa. Według moich rozbiorów, których wyniki zgadzają się w zupełności z rezultatami dochodzeń, jakie ogłosili Kaufmann (l. c.) i Schmid (l. c.), gaza Brunsa zawiera znacznie wyższy procent kwasu karbolowego niż gaza Listera. Zdaje mi się, że przyczyną tego jest dodawanie znacznej ilości wyskoku przy wyrabianiu gazy według przepisu Brunsa. Za to jeżeli porównywam wyniki, jakie otrzymał Schmid (l. c.), rozbierając z wielką dokładnością co dzień jednę sztuczkę gazy, sposobem Brunsa otrzymanéj, a pochodzących z tego samego, jednoczesnego wyrobu, — z wynikami jakie ja otrzymałem w rozbiorach IV, V, VI i VII, to przychodzę do przekonania, że gaza Listera, jakkolwiek zawiera znacznie niższy procent kwasu karbolowego, niż gaza Brunsa, przecież o wiele wolniéj utraca ten kwas, kwalifikuje się więc prędzéj niż gaza Brunsa do dłuższego przechowywania.

Reasumując wyniki powyższych doświadczeń widzimy:

1) Że gaza, tak sposobem Listera jak i Brunsa wyrabiana, już w kilkanaście godzin po wydobyciu z puszki, w któréj ją przyrządzono, zawiera znacznie niższy procent kwasu karbolowego, niż to należałoby wnosić z obrachowania, biorąc za podstawę ilość kwasu karbolowego, użytą do wyrobu.

2) Że gaza Brunsa zawiera znacznie wyższy procent kwasu karbolowego, niż gaza Listera, chociaż do wyrabiania obydwóch użyto jednakowéj ilości kwasu karbolowego.

3) Że ilość kwasu karbolowego w gazie z każdym dniem się zmniejsza, skutkiem ulatniania się nader łatwego tego kwasu.

4) Że ulatnianie to tém chyżéj się odbywa, a zatém procent kwasu karbolowego tém więcéj się obniża, im gaza jest gorzéj opakowaną.

5) Że gaza kupna niekiedy nie zawiera ani pół procentu kwasu karbolowego; i że wreszcie

6) gaza wyrabiana sposobem Listera wolniéj utraca kwas karbolowy, aniżeli gaza otrzymana według przepisu Brunsa, chociaż ta ostatnia początkowo zawiera tegoż o wiele wyższy procent.

II. Spostrzeżenia z praktyki lekarskiéj na prowincyi.

Podał Dr. Adolf Goldhaber w Ciężkowicach.

W jesieni roku zeszłego zjawiła się w kilku miejscowosciach powiatu Grybowskiego szczególnego rodzaju choroba.

Najzdrowszy przedtém człowiek doznał nagle silnego

dreszczu, trwającego kilka godzin, poczém następowała silna gorączka, silne zajęcie i ból głowy zwłaszcza okolicy czołowéj; bezsenność, wielki niepokój, a w niektórych przypadkach majaczenia. Często zjawiało się uczucie bólu we wszystkich członkach, nadto i silne łaknienie. Gorączka znaczna, często wyższa nad 40°C.; tętno przyspieszone 100—120 na minutę. Powstawały silne poty; mocz tylko skąpo się wydzielający zawierał często białko.

Równocześnie zjawiał się silny nieżyt wszystkich błon śluzowych. Z rozpulchnionych i zaczerwienionych spojówek wydzielała się obfita wydzielina, w jamie ust silne zaczerwienienie, znaczny obrzęk migdałków, często na migdałkach wypocina szarawo-biała. Trudność w połykaniu; dźwięk głosu zupełnie zmieniony; silny, piekący ból gardła, częste kichanie oraz kaszel, przy którym skąpo śluz się wydobywał. W płucach rzężenia suche, grubobańkowe.

Gruczoły podszczękowe obrzmiewały, sprawiając znaczny ból. Stan taki trwał najwyżéj 48 godzin, poczém objawy ogólne ustępowały i pozostawało tylko zapalenie gardła, które po dalszych 48 godzinach, czasem bez żadnego leczenia, zupełnie ustawało. Cała choroba nie trwała dłużéj nad 5 dni. Śledząc bacznie skorę nie spostrzeżono nigdzie, w żadnym przypadku, jakiejkolwiek wysypki.—Kiedy u osób starszych po gwałtownem powstaniu choroby w krótkim czasie zupełne nastawało wyzdrowienie, to u dzieci bywał często zupełnie inny przebieg. Mianowicie od chwili zjawienia się szarawo-białawéj wypociny na migdałkach powstawały wszystkie objawy dławca i tenże kładł często kres życiu; w znacznéj zaś części przypadków i te objawy ustępowały, a migdałki wkrótce się oczyszczały z wypociny.

Choroba ta występowała z wielką zaraźliwością. Jeśli w jednym domu jedno indywiduum na tę chorobę zapadło, to wkrótce, najdaléj w 8 dniach, jeden domownik za drugim ją przebywał. Rzadko żeby jedna osoba zdrową pozostała, jeśli w domu jéj zamieszkania ktoś w ten sposób zaniemógł. Recydywy nie uważano.

Jak wyżéj wspomniałem przebywali starsi całą chorobę w 5, najdaléj w 8 dniach, często bez żadnego leczenia się i byli następnie zupełnie zdrowi. Rozumie się, że wyjątek stanowiły dzieci zmarłe z dławca.

U wszystkich tych chorych nie widziałem na skórze żadnéj wysypki i w następ twie nie było żadnych zmian na skórze. Dopiero po 5 miesiącach, tj. w kwietniu 1881, spostrzegałem u kilku chorych płonicę, jednak bez błonicy, a najlepszym dowodem, że wysypka widziana była płonicą, było silne łuszczenie się skóry. W tym okresie powstała u kilkunastu chorych ogólna puchlina, wśród któréj w napadzie mocznicy trzech chorych zmarło.

Obserwowałem we wsi „Korzenna" powiatu Grybowskiego, liczącéj 750 mieszkańców, 84 przypadków téj choroby. W raportach urzędowych nazwaliśmy ją „epidemicznem zapaleniem gardła z wypociną dławcową," dopiero w kwietniu, gdym spostrzegł zmiany na skórze, nazwano epidemiję „płonicą." Z tych 82 przypadków wyzdrowiało 66, umarło 16, co czyni 19·5% śmiertelności w stosunku do liczby chorych, a 2·13% w stosunku do ogólnéj liczby mieszkańców. Chorowało zaś 10·97% mieszkańców. Wiek przeważnie między 5—12 rokiem życia, rzadziéj dzieci młodsze; niżéj roku nie widziałem żadnego przypadku, natomiast 32% chorych było we wieku dojrzałym (między 15—25 lat 8, między 25—40 10, między 40—60 7. Razem 26).—Widać, że u dzieci była bardzo wielka śmiertelność, ponieważ po odtrąceniu 26 dorosłych, z których żaden nie umarł, było 56 dzieci chorych, a z tych umarło 16 czyli 28·57%. Przyczyną śmierci była 3 razy mocznica, a 13 razy dławiec. W 29 przypadkach (35%) rozpoznano płonicę a z tych 3 umarło. Cała choroba trwała od 22/11 1880 do 10/9 1881. Równocześnie zjawiła się w lutym rb. podobna choroba w Ciężkowicach, gdzie razem naliczyłem 18 chorych w różnym wieku. Przebieg był zupełnie taki sam jak w Korzenny, z tą różnicą, że w żadnym przypadku nie widziano wypociny na migdałkach, ani wysypki, ani téż łuszczenia się skóry. Po 4 lub 5 dniowém trwaniu wyżéj opisanych objawów choroba zupełnie ustawała. Tu w Ciężkowicach mogłem z największą łatwością i dokładnością stwierdzić zarażenie się jednéj osoby od drugiéj. Od wyzdrowienia jednéj osoby do zapadnięcia drugiéj upływało czasem 8—10 dni, poczém występowały te same objawy, zupełnie ten sam stan. Natomiast tylko w jednym domu wszyscy domownicy kolejno chorowali, najpiérw pani domu (po odwiedzeniu choréj przyjaciółki), potém córka 8-letnia, poczém mąż, a ostatnia chorowała sługa. W innych domach chorowało parę osób a reszta pozostała zdrowa.

Leczenie polegało na podawaniu płukania z chloranu potasowego i używaniu zimnych okładów. Pod względem sanitarno-policyjnym polecono ścisłe odosobnienie chorych i w ogóle wszystkie inne ogólnie znane środki zaradcze. Nadmienić muszę, że w Korzenny dwa razy epidemija ucichła, a jak tylko szkołę otwarto, na nowo choroba się rozszerzała, widocznie zatém, że szkoła, stary spruchniały budynek, mieściła w sobie zarodek choroby.

Zachodzi pytanie: co to za choroba?

Jak wspomniałem, nazwaliśmy ją: „epidemicznem zapaleniem gardła z wypociną dławcową," a dopiero od kwietnia „płonicą." Wypadałoby z tego, że istnieje epidemija samoistna zapalenia gardła. Co do mnie, to o takiéj epidemii nie słyszałem, i w przystępnym mnie zbiorze dzieł naukowych o podobnéj chorobie epidemicznie występującéj nie czytałem. Natomiast znaną mi jest choroba pod nazwą *„Influenza" (Grippe)*, która od początku 16go stulecia w środkowéj Europie od czasu do czasu epidemicznie się zjawia; czy ona zaś u nas w Polsce była, nie wiem, gdyż w odnośnéj literaturze o tém wzmianki nie znalazłem; wiadomo mi z pracy Zuelzera (w zbiorze Ziemssena t. IIgi), że kilkakrotnie większe epidemije Europę nawiedzały, a w niektórych miejscowościach lub częściach kraju (pasmami) samoistnie, bez widocznego zawleczenia skądinąd, ta choroba panowała. Zrazu była śmiertelność z téj choroby bardzo wielką, w naszém stuleciu zaś już na sile straciła, tj. nie pociąga już za sobą tak wielkiéj śmiertelności.

Do ostatnich lat nie chciano téj choroby zaliczyć w poczet chorób zakaźnych, sądzono, że zmiany powietrza ją wywołują i że to sprawa czysto nieżytowa. Pozwolę sobie w krótkości podług podręczników naukowych przypomnieć objawy: Influenza (po niemiecku *Grippe, Blitzkatarrh)* jest silnym nieżytem dróg oddechowych i narządu trawienia, lub téż jednéj grupy tych narządów z równoczesném silnem zaburzeniem nerwowém.

Choroba rozpoczęła się od silnego dreszczu i w kilku godzinach powstał nieżyt spojówek, nosa, gardła, krtani, oskrzeli, obrzęk migdałków, silny, piekący ból gardła, utrudnienie w połykaniu, silna gorączka, tętno przyspieszone, brak apetytu, język obłożony, ból w okolicy żołądka, często rozwolnienie. Nadto silny krztuścowy kaszel przy braku ob-

jawów fizycznych. Przytém ból głowy, zwłaszcza w oczodołach, ziewanie, apatyja, ból w członkach, trudność władania niemi. Częste były drgania mięśniowe, a zawsze wielki niepokój, omdlewanie, bezsenność, a w ciężkich przypadkach majaczenie.

Influenza występowała z dość małą śmiertelnością (około 2%) i na tę składały się przypadki powstałe u bardzo młodych, albo bardzo wiekowych osób. Częściéj zdarzała się śmierć z choroby następowéj (zapalenie płuc, suchoty itd.). W niektórych epidemijach spostrzeżono występowanie pokrzywki lub różyczki, o innéj wysypce żaden z autorów nie wspomina.—Czy możemy naszą epidemiję nazwać influenzą? Objawy w przypadkach przezemnie obserwowanych zgadzają się w zupełności z objawami wyż przytoczonemi, jakie autorowie w influenzy opisują, a to formy chorobowéj nieżytu dróg oddechowych.

Jednakże żaden autor opisujący influenzę nie wspomina aby widział:

1) białko w moczu,

2) wypocinę dławcową lub dławiec.

Natomiast jest wiadomą rzeczą, że 1) w lżejszych epidemijach płonicy nie ma często ani wysypki, ani łuszczenia się skóry, li tylko ból gardła; 2) że podczas epidemii płonicy występuje obrzęk gruczołów na szyi, oraz błonica i dławiec, które to dwie choroby nowsi badacze jako identyczne przedstawiają.

Jeśli zatém uwzględnimy, że od kwietnia począwszy wysypka, łuszczenie się skóry oraz zapalenie nerek powstawały, co nam stanowcze rozpoznanie płonicy umożebniło, to przychodzę do przekonania, że cała epidemija nie była niczém innem, jak płonicą zrazu w łagodnéj formie bez wysypki, ograniczająca się li tylko do formy ostrego nieżytu błon śluzowych, tu i owdzie dławiec wywołując, i przedstawiała przez 5 miesięcy obraz chorobowy, który w zupełności odpowiadał opisom epidemii influenzy.

Obecność białka w moczu już w samym początku epidemii każe nam stanowczo zaprzeczyć tę okoliczność, jakoby do epidemii influenzy później przyłączyła się płonica, nikt bowiem nie wspomina, aby podczas epidemii influenzy spostrzegł białko w moczu.—Jeżeli zważymy, że jeszcze na początku tego stulecia płonicę i odrę za jednę chorobę uważano (Thomas, w dziele Ziemssena t. II.), jeżeli zważymy, że nauka rozbioru moczu nie jest tak zbyt dawną, oraz że w nowszych dopiero czasach przyszliśmy do przekonania, że płonica i bez wysypki wystąpić może, to zdaje mi się, że jestem uprawniony do następującego twierdzenia: Influenza jako samoistna choroba nie istnieje, jest to tylko nazwa łagodnéj formy płonicy, a epidemije pod nazwą influenzy opisane, nie były niczém innem jak płonicą. Okoliczność, że w 17 i 18 stuleciu była wielka śmiertelność z influenzy, a w nowszych czasach prawie żadna, przemawia także za błędem rozpoznawczym, gdyż dawniéj może i wyraźną płonicę za influenzę uważano, a w nowszych czasach tylko łagodne formy płonicy bez wysypki i bez łuszczenia się skóry.

Równocześnie ze mną obserwowali podobną epidemiję koledzy Dr. Wroński i Dr. Bielczyk.

Jeśli się mylę w mojém zapatrywaniu, to byłbym bardzo wdzięczny za to, gdyby mnie który z szanownych kolegów przez dyskusyję z błędu wyprowadził.

III. Oceny i sprawozdania.

Chéron i Fauquez: **O działaniu bromku sodu w porównaniu z działaniem bromku potasu i bromku amonu.**

(Dokończenie. Patrz Nr 46)

W padaczce *Kali bromat.* znajdowało dotychczas obszerne zastósowanie. Nieprzyjemne przypady jednak, jakie sprowadza po dłuższém użyciu i w dawkach większych, dadzą się usunąć przez zastąpienie go bromkiem sodu, który na system nerwowy zawsze silnie działa bez równoczesnego zgubnego wpływu na mózg, system mięśniowy i przewód pokarmowy, nadto ma tę wyższość, że do osiągnięcia tego samego skutku wystarcza mniejsza dawka, gdyż w 4·50 grm. bromku sodu znajduje się równa ilość czystego bromu, co w 5 grm. bromku potasu.

Niektórzy pewną wartość leczniczą w padaczce przypisują działaniu bromku potasu na mięsień sercowy; pp. Ch. i F. nie mają dowodów na odparcie tego twierdzenia, dla tego radzą połączenie tych dwóch bromków (potasu i sodu), co już zalecał Brown-Séquard, albo jeszcze lepiéj wszystkich trzech. To ostatnie postępowanie przedstawia następujące korzyści:

1) Można podawać mniejsze dawki, ponieważ drobiny sodu i amonu są mniejsze niż potasu (a więc w mniejszéj dawce równą lub większą ilość czystego bromu wprowadza się do organizmu).

2) Połączenie to prędzéj wydziela się z organizmu, niż sam bromek potasu (sód bowiem wydziela się prędzéj niż potas, a amonijak wydzielać się może różnemi drogami).

3) Unika się deprymującego działania bromku potasu na mózg i cały system mięśniowy zachowując przytém jego działanie na mięsień sercowy.

Pląsawica *(chorea)*. Według najnowszych badań nerwica ta może mieć dwojakie źródło powstawania, albo w skutek zmian w rdzeniu pacierzowym mianowicie w części jego przodkowéj *(chorée medulaire* autorów francuskich) albo wskutek małych zatorów w ciałkach prążkowanych (*corpora striata*) mózgu, wywołanych zapaleniem wśródsierdzia, a pociągających za sobą małe ogniska rozpadowe *(chorée rhumatismale)*. Obydwie te formy według pp. Ch. i F. wymagają innego środka. W pierwszéj formie *(chorée medulaire)* należy bromkowi sodu dać pierwszeństwo przed bromkiem potasu, ponieważ w mniejszéj dawce ten sam skutek wywiera, nie pociąga za sobą przykrych następstw, a obok tego wpływa na przemianę szybszą materyi, jak to wykazują powyżéj podane wyniki doświadczeń. Bromek potasu tylko w takim razie jest wskazany, gdy objawy chorobowe są tak silne, że co prędzéj należy obniżyć energiję systemu mięśniowego. W drugiéj formie (*chorée rhumatismale)*, gdzie ogniska rozmiękczone w ciałkach prążkowanych wywołują uboczne przekrwienia, pierwszeństwo oddać należy bromkowi amonu, który działa kojąco na system nerwowy, a równocześnie ma zastósowanie jako środek regulujący krążenie *(anticongestif)*.

Dychawica. Pomijając dychawicę jako przypad chorobowy i innych zboczeń, np. przy rozedmie płuc, chorobach serca itd., omawiają pp. Ch i F. tylko skutki bromków w dychawicy, jako chorobie *sui generis*, jako nerwicy polegającéj na kurczowém zaciśnieniu przestworów najdrobniejszych oskrzelików. Według ich doświadczeń bromek potasu działa skutecznie, jednak dla wyżéj podanych przypadów podanie bromku sodu w téj saméj dawce (3—6 grm. dziennie) jest usprawiedliwione; gdy zaś w skutek często powtarzających

się napadów powstało zboczenie w krążeniu mózgowém, bromkowi amonu oddać należy pierwszeństwo.

W ogóle zestawiając wyniki doświadczeń tych autorów widzimy zawsze jednę i tę samą zasadę kierującą w podawaniu tych trzech bromków, którą możemy streścić w tych słowach:

1) Ponieważ bromek potasu, obok swego kojącego działania na ośrodki nerwowe odruchów zwrotnych (działanie bromu), posiada i działanie porażenne na system mięśniowy, przeto uciekamy się do niego, gdy chcemy działać na odruchy i na system mięsniowy.

2) Bromek sodu działa tylko na centra nerwowe odruchów, stosujemy go, gdy system mięśniowy chcemy zostawić bez wpływu.

3) Jeżeli zaś chcemy działać na ośrodki nerwowe, a równocześnie wywołać zwolnienie krążenia, obniżenie parcia ościennego krwi, bromek amonu występuje na widownię. *(Journal de thérapeutique* Nr. 16 r. 1881). *Dr. A. Gluziński.*

A. Glück: **W sprawie wycięcia płuca.**

Pod zbawiennym wpływem leczenia przeciwgnilnego rozszerza chirurgija swe pole działania coraz to daléj a coraz bardziéj wciąga w swój zakres narządy, które jeszcze przed kilku laty były wyłączną dziedziną medycyny wewnętrznéj, a operacyje, o których niedawno jeszcze nikt nie pomyślał, stoją dzisiaj na porządku dziennym. Żadna jama ciała ludzkiego nie jest już niedostępną dla ręki chirurga; osłonięty tarczą antyseptyki otwiera śmiało czaszkę, otrzewnę, opłucną, a opierając się na doświadczeniach robionych na zwierzętach, nie waha się nawet oddalać z ustroju ludzkiego całe narządy. Ledwie przed kilku miesiącami podał Glück i Zeller sposób oddalania pęcherza moczowego i gruczołu krokowego, a już Sonnenberg wykonywa tę samą operacyję na człowieku.

Obecnie przedsięwziął Glück na zwierzętach rękoczyn, o którym dotąd nawet najśmielszy chirurg nie pomyślał, mianowicie oddalenie jednego płuca, a doświadczenia robione w tym kierunku dały wyniki tak pomyślne, że Glück nie waha się polecić wykonania téj operacyi na człowieku.

Według zdania Gl. zasługują przy wykonywaniu téj nowéj operacyi następujące punkta na uwagę: 1) Narkoza, 2) natychmiastowy skutek operacyi, mianowicie porażenie serca i obrzęk drugiego płuca, 3) niebezpieczeństwa następowego leczenia, a głównie zakrzepy w sercu, następowe krwotoki, zapalenie osierdzia i opłucny strony przeciwnéj, wreszcie 4) ortopedyczne leczenie wypróżnionéj strony klatki piersiowéj.

Doświadczenia przekonały Gl., że żadne z tych niebezpieczeństw nie jest tak groźne, jak się to zdawało.

Glück podwiązywał najpierw wnękę płuca u psów i królików i tylko 2 z tych zwierząt zdechło nagle w skutek porażenia serca, gdyż ligatura była założona za blizko serca i uciskała nerw przeponowy. Inne zwierzęta przetrzymały bardzo dobrze. W sercu nie było nigdy zakrzepów.

Następnie wycinał Gl. całe płuco bądź to podwiązując od razu wnękę i oddalając następnie całe płuco, bądź też podwiązując płuco kawałkami, aż ostatnia ligatura znowu obejmowała wnękę płuca. Z 14 królików i 6 psów, w ten sposób operowanych, zdechło tylko kilka królików po kilku dniach z powodu zapalenia osierdzia i opłucnéj.

Z doświadczeń swoich wysnuwa Glück następujące wnioski:

1) Podwiązanie wnęki płuca znoszą króliki bardzo dobrze.

2) Po wyjęciu całego płuca może nastąpić zupełne wyleczenie.

3) Naczynia płucne podwiązane zarastają bezpośrednio, nigdy nie tworzą się zakrzepy.

4) Podwiązany trzon płuca nie obumiera, lecz przyczynia się do utworzenia silnéj blizny.

5) Krwotoki następowe nie pojawiają się nigdy.

6) W niepomyślnych przypadkach śmierć następuje z powodu zapalenia osierdzia i opłucny strony przeciwnéj.

Jako wskazania do wykonania powyższéj operacyi na człowieku uważa Gl. ropnie, zgorzel, jamy suchotnicze jako też nowotwory i urazy płuca, będąc zdania, że wcześniéj lub później będzie w chirurgii ogólném prawidłem: *ubi pus, ibi incisio; ubi haemorrhagia, ibi ligatura; ubi tumor, ibi exstirpatio. (Berl. klin. Wochenschr.* Nr. 44, 1881).

Dr. Schramm.

P. Rocher: **Leczenie ran słabym rozczynem chlorku cynku.**

W rozprawie swéj zaleca R. użycie nowego środka przeciwgnilnego, który posiadać ma te same zalety, co karbol, nie dzieląc ujemnych stron tego dotąd powszechnie używanego środka. Pracę R. podzielić właściwie można na dwie części; w pierwszéj wylicza autor wady karbolu, a mianowicie podnosi trujący jego wpływ na organizm ludzki. Do znanych już w literaturze przypadków śmierci z karbolu, przy zewnętrznem jego użyciu, dodaje R. 4 z własnego doświadczenia i wspomina nadto o 7 chorych, u których karbol wywołał bardzo groźne przypady, jeden z tych chorych zawdzięczał swe życie tylko szybko wykonanéj transfuzyi krwi. Wprawdzie zdawałoby się, że znając niebezpieczeństwo karbolu można go łatwo uniknąć przez odpowiednie postępowanie; tymczasem tak nie jest a to głównie z powodu, że nie mamy właściwie żadnego pewnego objawu, któryby pozwolił wnosić, iż grozi niebezpieczeństwo na pewne i tak wcześnie, byśmy mogli zapobiedz rozwinięciu się zatrucia. Według spostrzeżeń bowiem Rochera nawet ciemne zabarwienie moczu, uważane za najpierwszy objaw przesycenia ustroju kwasem karbolowym, może mimo silnego zatrucia wystąpić dopiero późno, gdy środki lecznicze nie są już w stanie uratować chorego od groźnego niebezpieczeństwa. Również siarkan sodowy, polecany jako antidotum, rzadko może być zastósowany ze skutkiem, gdyż uporczywe wymioty towarzyszące stale silniejszemu zatruciu karbolem czynią użycie tego środka niemożebném. Daléj podnosi R. ten fakt, że u niektórych osób użycie nawet bardzo małéj ilości karbolu zewnętrznie, już wywołuje groźne przypady zatrucia, tak że u osób tych przypuścić musimy szczególną wrażliwość na karbol. Wobec więc téj okoliczności, jakoteż zważywszy, że nie jesteśmy w stanie przepowiedzieć, czy osoba, którą mamy operować, nie posiada przypadkowo téj szczególnéj wrażliwości, przyznać musimy, że karbol może być często środkiem bardzo zdradliwym. Wreszcie nadmienia R., że używanie karbolu może być nawet dla operujących środkiem wcale nieobojętnym, gdyż doświadczenia Falksona wykazały, że po $2^1/_4$ godzinném oddychaniu wśród pary zwykłego rozpylacza karbolowego wydziela ustrój w przeciągu doby 2 gramy karbolu z moczem; ilość zaiste wcale nie małą.

Wyliczywszy te wszystkie ujemne strony karbolu radzi R. porzucić karbol jako środek do opatrywania ran, zacho-

wując jego użycie jedynie do czyszczenia rąk i narzędzi, gdyż te ostatnie nie znoszą polecanego przez R. środka, tj. rozczynu chlorku cynku. Nie jest to wprawdzie środek nowy, próbowało go już wielu chirurgów, jednak jedyną przyczyną dla czego lek ten nie znalazł obszerniejszego zastósowania było według R. to, że wszyscy używali go w rozczynie 8—10% zatém zanadto silnym. Liczne doświadczenia bowiem przekonały Rochera, że rozczyn chlorku cynku 2 na 1000 wody ma już dostateczną siłę przeciwgnilną nie działając przy tém tak niekorzystnie na tkanki, jak to ma miejsce przy zastósowaniu 8—10% rozczynu, którego wpływ może być jedynie szkodliwym. Do wyniku tego dochodzi R. przez następne wnioskowanie: przedewszystkiém podziela R. rozpowszechnione już zdanie, że bakteryje znajdują się już w ustroju zdrowym, w którym jednak krew krążąca, działając silnie utleniająco, wstrzymuje ich rozwój. Śród korzystnych jednak warunków bakteryje te się rozwijają i wywołać mogą te same skutki zakaźne, co i bakteryje dostające się do rany z zewnątrz. Jako dowód tego przytacza R., obok innych, i to doświadczenie, że kawałek mięsa, który leżał kilka dni w rozczynie karbolu i nie okazywał najmniejszych objawów gnicia, włożony do jamy brzusznéj zwierzęcia, okazuje po niejakim czasie bardzo licznie rozwinięte bakteryje i może być przyczyną gnilnego zakażenia krwi tego zwierzęcia. Otóż tak samo niejako ma się rzecz po zastósowaniu zbyt silnych rozczynów przeciwgnilnych. Rozczyny te bowiem niszczą mniéj lub więcéj grubą warstwę tkanin, które po zespojeniu rany są niejako ciałem obcém. Jeżeli więc przeciwgnilne działanie użytego środka ustanie prędzéj, nim w zespojonéj ranie ustali się krążenie krwi, natenczas nekrotyczne tkanki, podobnie jak ów kawałek mięsa w jamie brzusznéj zwierzęcia, stają się dogodném miejscem do rozwoju bakteryj i w ten sposób przyjść może do samoistnego zakażenia się ustroju właśnie przez nadmierne użycie środka przeciwgnilnego.

Na téj więc podstawie sądzi R., że taki środek przeciwgnilny jest najlepszy, który jest w stanie powstrzymać działanie bakteryj mogących się dostać z zewnątrz do zranionych tkanek, czyli zapobiedz zakażeniu przez zetknięcie nie działając wcale drażniąco na same tkanki. Wymaganiom tym czyni zadosyć 0·2% rozczyn chlorku cynku i R. przytacza cały szereg operacyj z skutkiem rzeczywiście pomyślnym, gdyż rany nawet bardzo rozległe goiły się bez żadnych przypadków w czasie stosunkowo krótkim. I tak rany po wyłuszczeniu uda lub barku goiły się w 5 tygodniach, rana po odjęciu podudzia potrzebowała do zagojenia tylko dni 8. Chorzy po wyłuszczeniu całkowitém gruczołu tarczykowego byli wyleczeni już po upływie 7 do 28 dni. Są to wyniki rzeczywiście bardzo pomyślne. Opatrunek używany przez Rochera składa się z następujących części: papier gutaperkowy, zmaczany w 0·2% rozczynie chlorku cynku, przykłada się wprost na ranę, następnie przychodzi gaza i kompresy zwilżone tym samym rozczynem, to wszystko pokrywa R. ceratą i warstwą zwyczajnéj waty, przytrzymując cały opatrunek suchą opaską gazową. (*Volkmanns klin. Vortr.* 203—204). Przyznać musimy, że pomyślne wyniki Rochera zachęcają do dalszych doświadczeń z tym tak prostym i tanim sposobem opatrywania ran. *Dr. Schramm.*

Prof. E. Hofmann: **O ranach kłutych pod względem narzędzia użytego i rozpoznawania tegoż.**

W zakładzie sądowolek. wiedeńskim w ostatnich 5 latach zdarzyły się 41 przypadki śmierci z ran kłutych; z tych było 5 przypadków samobójstwa, raz śmierć przypadkowa, reszta przypadków odnosiła się do zabójstwa lub morderstwa. Pomiędzy samobójstwami zasługuje na uwagę śmierć lekarza w skutek przekłucia tętnicy udowéj bisturem. Pod względem okolicy ciała obrażonéj 17 przyp. tyczyło się ran klatki piersiowéj, 11 brzucha, 6 głowy, 3 szyi, 3 uda a 1 przyp. przegubu łokciowego.

W obec ran kłutych rozchodzi się przedewszystkiém o odpowiedź na pytanie, jakiém narzędziem obrażenie zdziałane zostało? Na pozór odpowiedź jest łatwą: „po postaci miejsca wkłócia ocenia się jakość narzędzia,“ a jednak zdanie to jest całkiem mylném. Prawdą jest, że postać rany odpowiada przekrojowi narzędzia, jeżeli takowe jest obosieczném, rana wtedy przedstawia szczelinę o brzegach rozchodzących się w łukach płytkich a zbiegających się w obydwóch końcach pod równym kątem ostrym. Ale niemniéj jest prawdą, że podobne rany powstać mogą i po użyciu zwykłych noży a nawet po użyciu narzędzi stożkowatych lub krawędziastych. Już Dupuytren i Malgaigne zwracali na to uwagę, że po wkłóciu narzędzi stożkowych nie powstają otwory okrągławe, lecz szczelinowate, w rozmaitych okolicach ciała mające nadto kierunek odmienny. Prof. Langer we Wiedniu wykazał, że przyczyną tego objawu jest pewna regularna rozszczepialność skóry, dowiódłszy, że po nakłóciu skóry trupa kolcem szczeliny grupują się linearnie przedstawiając pewne regularne pasy i obwody; postać zaś poszczególnych szczelin nie różni się wcale od postaci szczelin, zdziałanych nożem, podczas gdy długość ich pozostaje w prostym stosunku do grubości narzędzia i to tak dalece, że jeżeli posługiwano się kolcem bardzo grubym, powstają szczeliny na kilka cm. długie, a więc całkiem podobne do ran nożem zdziałanych.

Również mylném jest mniemanie, jakoby rany zdziałane zwykłemi nożami przedstawiały otwory, tém podobniejsze do wydłużonego klinu, im grubszym jest grzbiet narzędzia; albowiem i w tych razach otwory nie różnią się wcale od otworów zdziałanych narzędziem obosiecznem. Pochodzi to ztąd, że przy wkłóciu takim nożem działa tylko ostrze, przez co właściwie powstaje tylko rana rznięta. Można się o tém przekonać prowadząc na jakiéjkolwiek części ciała linię prostą i wkluwając nóż w samą linię; widzimy wtedy, że rana rozpoczyna się od niéj a szczelina zwrócona jest ku stronie, w którą skierowane było ostrze noża; podczas gdy po pionowém wbiciu w tę samą linię noża obosiecznego szczelina krzyżuje się z nią a po każdéj stronie przypada połowa rany.

Po użyciu narzędzi krawędziastych postać wkłócia zależy głównie od jakości krawędzi. Jeżeli ostatnie są ostremi, powstaje rana gwiaździsta z tyloma promieniami, ile było krawędzi; tak po wkłóciu zwykłego ostrego pilnika otrzymamy ranę trójpromienną, podobną do ran pijawkowych, po wkłóciu szpiczastego dłutka o 4 krawędziach ranę 4-promienną itd. Natomiast narzędzia wielokrawędziaste, ponieważ w nich płaszczyzny stykają się ze sobą pod kątami rozwartemi, już nie tną lecz rozpychają i w działaniu swojém stają się podobnemi do narzędzi stożkowych wywołując proste szczeliny; tak samo ma się rzecz, jeżeli krawędzie narzędzia są tępemi.

Zdarzają się jednak wyjątki od tego prawidła: i tak na miejscach skóry, które, jak Langer wykazał, pomiędzy stykającemi się ze sobą systemami krzywizn rozszczepialności

pozostają jako trójkąty paraboliczne, jak np. nad dolną częścią stosu kręgów piersiowych, narzędzia stożkowate wywołują rany trójkątne; noże zaś wklute wywolują czasem szczeliny kątowate, co zapewne ztąd pochodzi, że śród wyciągnięcia noża skóra przeciętą zostaje w innym, aniżeli pierwotnym kierunku. Czasem powstają otwory zygzakowate, jeżeli fałd skóry ukośnie został przekłóty, tak jak powstają zygzakowate rany rznięte po przecięciu ukośnem fałdu skórnego.

Obok postaci rany kłótej zasługują także na uwagę jéj rozmiary, ponieważ i na nich opiera się sąd o narzędziu, które użyte zostało. Doświadczenie uczy, że po użyciu narzędzia stożkowatego zazwyczaj długość szczeliny jest nieco większą, aniżeli średnica narzędzia wynosi w miejscu, do którego takowe wtargnęło; jest to następstwem rozszczepialności skóry. Ponieważ jednak rozszczepialność skóry ma swoje granice, więc po użyciu narzędzia grubszego lub w obec większéj miejscowéj rozciągliwości skóry szczelina pierwotnie mała rozciąga się nad miarę a po wydobyciu narzędzia znów wraca do pierwotnéj wielkości, a przeto w takim razie długość jéj będzie mniejszą od średnicy narzędzia. Po wkłóciu noża ostrego wtedy tylko otrzymamy szczelinę pod względem długości odpowiadającą największéj szerokości narzędzia, jeżeli wkłócie i wykłócie odbyło się z wielką ostrożnością; w przeciwnym razie szczelina zawsze jest większą od szerokości noża, ponieważ tak śród wkłócia jak wykłócia rana zostaje rozszerzoną i zamienia się właściwie na rzniętą lub ciętą. Ponieważ nadto rozszerzanie rany odbywa się tylko za pomocą ostrza, więc nie jest wcale obojętną, jak nóż trzymamy: tak np. jeżeli nóż godzi w brzuch w kierunku z przodu ku tyłowi i z dołu ku górze, powstanie większa szczelina, jeżeli ostrze skierowane jest równocześnie ku górze, a znacznie mniejsza, jeżeli grzbiet noża ku górze jest skierowany.—Pod względem sądowolekarskim zasługuje wielce na uwagę fakt wyżéj przytoczony, że rana zdziałana nożem w pewnych warunkach może być mniejszą od szerokości narzędzia. Dzieje się to po pierwsze w skutek skurczenia się (retrakcyi) brzegów szczeliny, która objawia się wszędzie z wyjątkiem chyba na skórze głowowéj, która jest bardzo grubą i przytwierdzoną do podstawy. Retrakcyja skóry wywołuje odstawanie brzegów i postać migdałową rany, odstawanie zaś brzegów połączone jest z pewnem skróceniem wymiaru podłużnego szczeliny, tem większem im większe jest odstawanie a względnie skurczenie się skóry. Retrakcyja skóry zależy jednak nie tylko od miejscowości, ale także od okoliczności, czy skóra została rozdzieloną równolegle do kierunku napięcia lub nie; ztąd pochodzi, że rany np. na odnogach, ułożone poprzecznie do ich osi, okazują większe odstawanie brzegów, aniżeli rany przebiegające równolegle do osi, a zarazem rany pierwsze śród równych warunków są krótszemi od ostatnich. Na odstawanie brzegów wpływa także okoliczność, czy część ciała ugodzona była wyprostowaną lub zgiętą; mierzenie więc długości i szerokości ran, jak się w praktyce na mocy instrukcyi odbywa, jest nieodpowiedniem, a jedynie racyjonalnem ono jest, jeżeli po złożeniu brzegów rany mierzy się wyłącznie długość szczeliny.—O doniosłości retrakcyi skóry przekonywamy się, jeżeli wycinamy kawałek skóry, poprzednio dokładnie oznaczony; widzimy wtedy, że utrata substancyi jest znacznie większą, aniżeli płaszczyzna poprzednio oznaczona, podczas gdy kawałek wycięty znacznie jest od niéj mniejszy; z tego samego powodu szczelina rany wycięta razem z otaczającą częścią skóry okazuje się o kilka milim. krótszą, aniżeli mierzenie jéj *in situ* wykazało.—Powtóre szczelina rany będzie krótszą od szerokości noża, jeżeli ostrze onego jest tępem.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie XIV z d. 5 października 1881.

Przewodniczący kol. doc. Jordan. Członków obecnych 40; obok licznego udziału PP. Rękodzielników i Przemysłowców zaproszonych na posiedzenie celem odebrania przyznanych im nagród za ich wyroby, oddane pod ocenienie Komisyi urządzającéj „Wystawę przyrodniczo-lekarską“ podczas III Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. Przewodniczący zagaił posiedzenie następującą przemową: Jako promotorowi III Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich przypada Towarzystwu Lekarskiemu Krakowskiemu dziś miły obowiązek wręczenia nagród i wyrażenia uznania tym Panom wystawcom i przemysłowcom, którzy prace swe na Wystawie przyrodniczo-lekarskiéj pod światły sąd znawców oddali i za nie wyszczególnieni zostali. Dopełniam téj czynności z prawdziwą radością, bo cóż może być przyjemniejszego, jak wyrażać uznanie i wręczać nagrody tym, którzy na nie rzeczywiście zasłużyli, a zasługa jest tu rzeczywistą, nietylko dla tego, że tak sędziowie orzekli, ile raczéj jeszcze przez wzgląd, wśród jakich to okoliczności u nas rozmaite prace się tworzą: ludzie oddający się pracy naukowéj rzadko kiedy mają widoki materyjalnego powodzenia, pracują zwykle z zamiłowania dla nauki, a przemysłowcy nasi walczyć muszą do upadłego nietylko z obcą konkurencyją ale i z uprzedzeniem swych ziomków. Jeżeli mimo to pierwsi dobre dzieła tworzą, a drudzy na duchu nie upadają i wytrwale pracują, to zdaniem mojem zasługa jest tu o wiele większą niż tych szczęśliwych pracowników w krajach ościennych, gdzie każda praca nierównie lepiéj się rentuje. Zjazd III przyznając Panom nagrody wyraził przez to, żeście się Panowie dobrze zasłużyli swojemu społeczeństwu; uznanie to niech Panom wystarczy za wiele braków i niech Panów zachęci do wytrwania w pracy, na drodze, po któréj kroczycie; sama nauka ma za wiele powabów, bym czuł potrzebę zachęcenia do niéj tych, którzy się jéj oddają, ale Panom Przemysłowcom powiem, zachęcając ich do wytrwania, iż Zjazd III wyznaczając nagrody, a Towarzystwo Lekarskie wręczając je, przyjmuje niejako zobowiązanie na siebie popierania usiłowań Panów i ułatwienia Panom walki z konkurencyją obcą.

Następnie zaprosił kol. Przewodniczący p. Dra Baranieckiego, Dyrektora muzeum przemysłowego, do rozdania nagród, poczem przemówił mag. farmacyi p. Trauczyński: Świetne Towarzystwo Lekarskie! Czcigodny Prezesie! Przezacny Dyrektorze Muzeum Przemysłowego! Przemysł w kraju — to bogactwo kraju. Kraj nasz niestety nie może się pochlubić, iżby w nim przemysł był tak rozwinięty, aby mógł iść w zawody o lepsze z przemysłem zagranicznym. Bo też nie możemy się cieszyć skuteczną opieką ze strony Rządu pod względem przemysłowym, ani nie rozporządzamy należytym kapitałem; dla tego tem czuléj ocenia u nas każdy przemysłowiec i rękodzielnik poparcie, z którejkolwiek ono strony pochodzi. Świeży dowód gorliwości około podniesienia naszego krajowego przemysłu i rękodzielnictwa złożyło Świetne Towarzystwo Lekarskie z łaskawym współudziałem niezmordowanego Dra Baranieckiego, który całe swoje życie i całe mienie poświęca jedynie na usługi kraju i nie zdołałbym zadosyć uwydatnić gorliwości, zapobiegliwości i prawdziwego poświęcenia się tak Jego jak i całego Komitetu, z jakiem doprowadzili do skutku rzeczoną Wystawę. Lecz przedewszystkiem to muszę tutaj zaznaczyć, że Wystawa przyrodniczo-lekarska nadarzyła sposobność do okazania wyrobów przyrodniczo-lekarskich w kraju naszym i przez nas dokonanych, co powinno z czasem sprowadzić ten błogi skutek, że pieniądze wy-

dawane z kraju za podobne przedmioty za granicą, pozostaną w kraju i przyczynią się do poparcia przemysłu naszego własnego. Pozwólcie dla tego Szanowni Panowie. że w imieniu wszystkich polskich przemysłowców i rękodzielników złożę serdeczne Bóg zapłać, tak Komitetowi wystawowemu, jak głównie Drowi Baranieckiemu.

3) Po przemówieniu powyższém opuścili salę pp. przemysłowcy i rękodzielnicy a do pozostałych członków Towarzystwa przemówił kol. Przewodniczący jak następuje: Uporawszy się z czynnością pierwszą publiczną przystępujemy teraz *intra muros* do dopełnienia, że tak powiem, aktu familijnego, w którym rodzicowi wręczyć mam w nadobną szatę ubrane dziecko Jego.

Czcigodny Kolego Profesorze Oettingerze! Oto dziecko Twoje, oto praca, nad którą wspólnie z śp. A. Kremerem i S. Janikowskim przez lat kilka pracowaliście. Praca wielka i żmudna, wiele kosztowała ona was czasu, wiele dni i nocy bezsennych. Pierwsi dwaj w zimnym legli grobie, śmierć przedwczesna i nieubłagana nie dozwoliła im oglądać owoców swéj pracy, dla Ciebie Bóg łaskawszy, bo oto patrz na nas wszystkich, jak dumném jest Towarzystwo nasze, że dzieło to wydało, a dumne dzięki Tobie, — patrz i ciesz się, że znalazłeś uznanie, bo praca wasza w krótkim przeciągu czasu znalazła popyt, jakiego w długich latach żadna inna książka lekarska nie miała, patrz na nas a wyczytasz w oczach naszych wdzięczność dla was wszystkich, w dowód którėj umieściliśmy na pierwszéj stronnicy waszego dzieła wizerunki miłych nam waszych oblicz i upraszamy Cię o przyjęcie tego egzemplarza honorowego, któremu podobne już wręczone zostały wdowom Twoich Towarzyszy.

Wśród hucznych oklasków przemówił kol. prof. Oettinger: Szanowni Koledzy! Tak jestem wzruszony zaszczytem, jaki mnie spotyka, że trudno mi się odezwać, ale trudniéj jeszcze milczeć. Widzę się zniewolony uciec się do łaskawéj wyrozumiałości szanownych Kolegów, jeśli na zwrócone chlubne do mnie słowa szanownego Prezesa nie odpowiem ani tak serdecznie, jakbym pragnął, ani tak jędrnie i dokładnie, jakbym powinien. Każdy publiczny objaw uznania ma w sobie coś wzruszającego, a wrażenie jest tém głębsze, jeżeli, jak w tym przypadku, łączy się z rzewném wspomnieniem o drogich osobach, którym ten zaszczyt w wyższéj mierze się należy, a które niestety nie doczekały go się, ległszy przed czasem w zimnym grobie. Oko tęskne mimowoli zwraca się to w lewo to w prawo, szukając tych miłych postaci, ręka wyciąga się by uścisnąć dłoń tych wiernych towarzyszy, z którymi praca szła tak gładko, tak składnie, ożywiona szczerém pragnieniem wywiązania się sumiennie z poruczonego zadania. To téż mimo trudów miała ona swój urok, węzeł wspólnéj pracy stawał się coraz silniejszy, a jéj uczestnicy niedopuszczali téj myśli, aby się kiedyś miał rozerwać, lecz owszem przedłużali go z góry w przyszłość, aby po dokonanéj pracy jednéj utrzymywał się do następnéj. Jeżeli los dozwolił mnie jednemu doczekać téj uroczystéj chwili obecnéj, to włożył na mnie także święty obowiązek przyzywania tutaj drogich cieni, aby na ich zastygłych skroniach złożyć wieniec wdzięcznego uznania, aby dać świadectwo ich poświęcenia, ich gorącéj miłości dobra powszechnego. Ś. p. Aleksander Kremer aż do ostatniego tchu niemal nie odmawiał swego czynnego współudziału i osładzał nim dolegliwe cierpienia śmiertelnéj choroby, a gdyby nie mówcza pracowitość ś. p. Janikowskiego, gdyby nie Jego niezmużona zabiegliwość, Jego cierpliwość i wytrwałość niewyczerpana, dzieło nie byłoby jeszcze dokonane. Cześć wiekuista Ich niewygasłéj pamięci!

Słowo jeszcze o samym Słowniku. Wyraziłem w przedmowie, jak się zapatrywaliśmy na nasze zadanie. Nie porywaliśmy się ani na kodeks, ani na kanon roszczący sobie prawo do nieomylnéj powagi. Chodziło nam tylko o zbiór wyrazów, jakie język posiada, o ułatwienie rozwoju fizyjologicznego mowy śród warunków przyjaznych, zgodnych z jéj duchem i rodzinnym wdziękiem, chodziło o dostarczenie jéj zdrowych soków odżywczych. Jeżeli szanowny Prezes wspomniał o powodzeniu dzieła, to ono po największéj części jest zasługą Towarzystwa Lekarskiego, które je tak świetną wyposażyło wyprawą, i swojém staraniem tylu zjednało życzliwych zwolenników. Niemały w tém udział ma także współpracownictwo tylu znakomitych kolegów ze wszystkich ziem polskich, tak dalece, że słusznie o téj pracy powiedzieć można, że jéj dokonano *viribus unitis*, zjednoczonemi siłami, a więc i im także wdzięczne należy się wspomnienie. Winienem w końcu osobiście serdeczne wynurzyć podziękowanie szanownemu Prezesowi za chlubne do mnie zwrócone słowo. Moje sumienie pozwala mi jedynie przyznać się do drobnéj cząstki wspomnianych zasług, którą dzielę z wielu innymi i godniejszymi; przyjm szanowny Prezesie zapewnienie mych szczerych usiłowań, nie dorównywających atoli chęciom. W każdym razie praca ta, daleka od ukończenia całkowitego, jest tylko jedném stanowiskiem rozwoju, który bodajby się zawsze odbywał zgodnie z duchem i wdziękiem rodzinnym mowy ojczystéj i pożytkiem dla piśmiennictwa i całego kraju. (Huczne oklaski).

4) Przewodniczący zdając sprawę z czynności komitetu w ostatnich 3 miesiącach przemówił temi słowy: Zdając sprawę z czynności komitetu wspomnieć najpierw muszę o Zjeździe samym, chociaż rozbierać takowy krytycznie najmniéj nam wypada, wspomnieć jednakże muszę, że tak dzienniki polskie, jak czeskie i niemieckie jak najpochlebniéj o nim się wyraziły; co do komitetu ten czynił wszelkie wysilenia, aby się Zjazd udał i miło mi w każdym razie stwierdzić, że Towarzystwo nasze moralnie wiele zyskało i zawiązały się przyjazne stosunki z kolegami zamiejscowymi, tak iż prawdopodobnie niejedna myśl rzucona tutaj łatwiéj dojrzeje w czyn i przyniesie w przyszłości pożytek dla nauki i stanu lekarskiego. Wspomnieć daléj muszę, że komitet, wywiązując się z polecenia Towarzystwa, ofiarował czcigodnemu Jubilatowi Drowi Józefowi Majerowi ozdobne album opatrzone przeszło 1000 podpisami lekarzy polaków, przyczém Towarzystwo nietylko materyjalnie nie straciło, lecz owszem znaczna suma wpłynie do kas wsparcia wdów i sierót po lekarzach tak warszawskiéj jak galicyjskiéj. Co się tyczy Słownika, takowy znalazł wielki popyt. Podać daléj muszę do wiadomości kolegów, że kolega nasz i członek Towarzystwa naszego śp. Erazm Majewski zapisał 250 złr, na rzecz wsparcia wdów i sierót po lekarzach i że poczyniono już ostateczne kroki celem podniesienia téj sumy, którą w krótkim czasie spodziewamy się odesłać do Lwowa. W końcu nadmieniam, że biblijoteka nasza wzbogaconą została kilkoma pięknemi dziełami: jakoto zbiorowém czeskiém wydaniem Patologii i Terapii, dar Spółki lekarzy czeskich; Pamiętnikiem Towarzystwa Lekarzy Warszawskich; Indeksem Biblijoteki Naczelnego Urzędu Lekarskiego Armii Stanów Zjednoczonych.

5) Kol. doc. Obaliński miał rzecz „O naciąganiu nerwów (umieszczoną w Nrach 42, 43, 44, 45, Przeglądu Lekarskiego). Dla bardzo spóźnionéj pory odłożono dyskusyję nad tym przedmiotem do następnego posiedzenia. *Dr. Stanisław Balicki.*

Sekretarz.

Sekcyja lekarska Tow. Przyj. Nauk Pozn.

Posiedzenie z dnia 3go listopada rb.

Przewodniczący w zastępstwie kol. Mateckiego kol. Jarnatowski.

Po przeczytaniu i przyjęciu sprawozdania z ostatniego posiedzenia mówi kol. Jerzykowski o ostrém całkowitém wynicowaniu macicy, które spostrzegał u 42-letniéj niewiasty, rodzącéj po raz 22 (!) Z tych 22 porodów odbyło się prawidłowo 17, trzy nastąpiły poronienia, a w ostatnich dwóch trzeba było oddzielić sztucznie łożysko zbyt mocno przyczepione. Po wydostaniu łożyska, które było bardzo mocno przyrosłe, chora zapadła nagle, zbladła, tętno sprychowe ledwie namacalne, twarz zimna, odnogi chłodne i mimo bardzo małego krwotoku była pacyjentka tak słaba, iż słowa wymówić nie mogła. Mówca sądził zrazu, że przyszło do rozdarcia macicy i krwotoku wewnętrznego, lecz badając bliżéj części płciowe znalazł, że z pochwy wychodził guz okrągławy, bolesny i za dotknięciem łatwo krwawiący. Palcem wprowadzonym do pochwy można się było przekonać, że nietylko całe ciało maciczne ale także szyjka i ujście maciczne podległy kompletnemu wynicowaniu. Po zadaniu odpowiednich środków podniecających przystąpił kol. Jerzykowski do odprowadzenia macicy, co przy wielkiéj wiotkości tego organu udało się z łatwością. Jeszcze tego samego dnia chora dostała zastraszającego zimna, poczém się rozwinęło zapalenie otrzewny dość znacznego stopnia. Chora przebyła je jednakże szczęśliwie i mniéj więcéj w trzech tygodniach za wyleczoną uważaną być mogła.

W końcu podaje prelegent kilka krytycznych uwag co do tego nader rzadko napotykanego cierpienia. (Podług Dra Madden *(Dublin Journ. of. med. sciences. Novbr. 1870)* obserwowano w Rotunda Hospital w Dublinie na 190.883 położnic w czasie od 1745—1858 r. tylko jeden przypadek ostrego wynicowania macicy *Przyp. Ref.*). Następnie wybrano jednogłośnie członkiem Dra Szenica z Pleszewa. *Dr. Święcicki.*

V. Rozprawa Sebastyjana Petrycego o kile.

(Rzecz czytana na IIIcim Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie, dnia 22go lipca r. 1881 przez Dra **Leopolda Glücka**.

Dobrze znanem jest nazwisko Sebastyjana Petrycego jako biegłego tłumacza i komentatora Arystotelesa i jako tłumacza Horacego, nierównie mniéj jednak, bo prawie wcale nie znamy go jako pracownika na polu literatury lekarskiéj, a mianowicie jako syfilidologa. Tu i owdzie zaledwie napotykamy pobieżną wzmiankę o rozprawie tegoż autora ogłoszonéj w r. 1591 pod tytułem: *„Sebastiani Petricii de natura, causis, symptomatis morbi gallici ejusque curatione“*; żaden jednak z pisarzy nie uznał za godne trudzić się streszczeniem i ocenieniem jéj, choć tego ona więcéj warta od wielu innych tego rodzaju rozpraw, którym całe niemal tomy poświęcano.

Osiągnąwszy na wszechnicy Padewskiéj stopień doktora medycyny, wraca Petrycy w r. 1591 do kraju rodzinnego, gdzie czyniąc zadość prawu Akademii krakowskiéj, ogłasza publiczną dysputę w celu dostąpienia praw i godności z doktoratem połączonych. Za przedmiot dysputy obiera kiłę a zwłaszcza zamierza na następujące odpowiedzieć pytanie: *„An morbus gallicus corruptela totius substantiae jecoris, ex occursu venereae virulentiae contracta, antiquo seculo ignota, variis, miserandisque symptomatis aegrum afficiens, methodo a veteribus medicis praescripto, ex natura morbi, aegri viribus, partibus affectio indicationibus sumptis, praesidiis partim ratione partim experientia inventis, sola ratione, exclusa prorsus experientia, administrandis, curandus sit, nec ne?“* Jak widzimy przydługie to nieco pytanie obejmuje prawie całą patologiję i terapiję kiły.

Cała rozprawa Petrycego składa się, wstęp pominąwszy, z ośmiu następujących rozdziałów: 1. O przyrodzie kiły, 2. o przyczynach kiły, 3. o nowości kiły, 4. o objawach kiły, 5. o sposobie leczenia kiły podanym przez starych, 6. o wskazaniach w kile, 7 o leczeniu kiły i 8 krótki sposób leczenia niektórych objawów kiły. Na czele każdego rozdziału, z wyjątkiem ostatniego, podaje autor zdanie końcowe *(conclusio)*, które następnie w tak zwanych *corrolariach* uzasadnia.

Ktokolwiek zna sposób opisywania chorób przez dawniejszych autorów używany, nie będzie w przerzeczonéj rozprawie oczekiwał systematycznego obrazu i szczegółowego opisu przebiegu i pojedyńczych objawów kiły. Wiadomém jest przecież szanownym Kolegom, że część patologiczna dzieł lekarskich dawnych wieków w tył się cofała zostawiając pierwsze miejsce czczéj i rozwlekłéj gadaninie o jakościach i humorach i że zaledwie tu i owdzie napotyka się, jak słaby promyk światła wśród ciemności, krótką wzmiankę o objawach lub przebiegu choroby. Lubo i Petrycy nie jest wyrodnym synem swego wieku i bardzo uczono, a obszernie, rozprawia o tém np. że kiła nie jest „suchém i ciepłém zepsuciem wątroby“, to przecież praca jego choć z tego jedynie względu zasługuje na szczególną uwagę, iż jest niejako obrazem wiedzy o kile całowieczném doświadczeniem nabytéj. Dowiadujemy się z niéj, czego się lekarze od roku 1493 do 1591 nauczyli i jak skorzystali z materyjału, którego im wiek ten tak obficie dostarczał. Obok tego jednak stwierdzić musimy, iż myślą samodzielną o rzeżączce Petrycy swych współczesnych o wiek prawie cały wyprzedził.

Wiadomo szanownym Kolegom, że lekarze dawniejsi, aż pod koniec siedmnastego wieku, ropę w rzeżączce odpływającą za zepsute nasienie uważali i że dopiero Turquet de Mayerne, którego *„Syntagmata praxeos“* w 1690 r. w Londynie prasę opuściły, pierwszy miał wyrzec, że odpływ rzeżączkowy nie jest nasieniem, lecz ropą i że siedzibą rzeżączki jest błona śluzowa cewki moczowéj, a nie pęcherzyki nasienne, pęcherz lub nerki. Praca Sebastyjana Petrycego udowadnia nam jednak, że polski pisarz już w 1591 roku, a zatem o wiek cały pierwéj od Mayerne, prawdę tę wygłosił. W rozdziale 8 napotykamy pod napisem *Gonorrhoeae curatio* następujące zdania: *Accivit per pudendum substantiam album fluere, que non est genitura, sed pus, quia cum dolore exit, genitura autem sine dolore. Et hic affectus gonnorrhaea improprie vocatur.*

Pus autem illud fit ex multis ulcusculis in parte interna penis ortis, quod cum acre sit mordax, per partes exquisiti sensus fluens dolorem facit.

A daléj dodaje: *Solet ex his ulcusculis enasci intus verruca vel carnis tuberculum,* czyli w naszém pojęciu zwężenie cewki moczowéj.

Trzymając się ściśle zakreślonego zadania zamierzamy niniejszém po krótce streścić i ocenić rozprawę Petrycego i zwrócić zarazem uwagę szanownych Kolegów na tę niemałéj wagi okoliczność, że tam gdzie do nas praktyk a nie uczony przemawia, trafność sądu i jasność myśli na jaw występują.

Według Petrycego, a właściwie według jednozgodnego prawie zdania wszystkich lekarzy szesnastego wieku, polega kiła na zepsuciu całego miąższu wątroby i soków w niéj zawartych: *Morbus gallicus est corruptela totius substantiae jecoris et humorum in eo contentorum.* Jeżeli sobie szanowni Koledzy przypomnieć raczycie, że dawniejsi lekarze, na oślep za Galenem idąc, uważali wątrobę za narząd krwiotwórczy, z którego krew po całém rozchodzić się miała ciele, to łatwo pojmiecie, że kiła, którą uznano za chorobę całego organizmu, przedewszystkiém na chorobliwéj zmianie wątroby polegać musiała. Według zdania autorów z końca 15go a początku 16go wieku zmiany na częściach rodnych miały być następstwem cierpienia wątroby, prace jednak Paracelsa i Botalla o tyle wpłynęły na zapatrywania lekarzy, że uznali cierpienie wątroby za następstwo zmian przerzeczonych.

Przechodząc do drugiego rozdziału rozprawki Petrycego, to jest do przyczyn kiły, musimy stwierdzić, iż autor nasz, za przykładem Fernela, przypuszczał istnienie przyrzutu kiłowego nazywając go *Prava qualitas*, a w innem miejscu *virus.* Przyrzut ten wywołuje przedewszystkiém wrzód, a niekiedy rzeżączkę, zakaża najbliższe miejsca, a następnie dalsze, aż dostawszy się do wątroby całe ciało zaraża. U nas choroba ta udziela się przez dotyk *„contactu“*, a zwłaszcza najczęściéj przez spółkowanie, *in congressu venereo*, chociaż jéj i pocałunkiem, szklanką, grzebieniem, sukniami i bielizną udzielić można. Oseski zarażają się od mamek. U Indyjan zaś, od których chorobę tę do nas przeniesiono, rozszerza się ona tak jak ospa i dla tego Hiszpanie zwą ją wielką

ospą. Murzyni numidyjscy i etyjopscy choroby téj nie znają, a jeżeli kto dotknięty nią do Numidyi lub Etyopii się udaje, zdrowie odzyskuje bez użycia lekarstw.

Ostatnie to zdanie Petrycego licuje zupełnie z nowszemi badaniami o geograficzném rozprzestrzenieniu się kiły, gdyż wątpliwości nie ulega, że mieszkańcy krajów północnéj Afryki w szesnastym wieku nie znali kiły, a dopiero Europejczycy między nimi się osiedliwszy obdarzyli ich podarunkami Danaów — wódką i kiłą. Doświadczenia zebrane przez Fergussona z końcem zeszłego i w pierwszych latach bieżącego stulecia stwierdziły, że kiła w południowych krajach rzeczywiście o wiele łagodniej niż u nas przebiega i często bez leczenia ustępuje.

Według Petrycego była kiła starożytnym i średniowiecznym lekarzom nieznaną. Wprawdzie Hipokrat wspomina o owrzodzeniach części rodnych, o wypadaniu włosów z głowy i brody bez gorączki i o bólach kości, lecz wszystkie te cierpienia, jak Petrycy sądzi, nie są objawami kiły, gdyż: po 1sze wrzody te nie były zaraźliwe, 2gie bóle w kościach nie zwiększały się w nocy, 3cie wysypki skórne ustępowały po przeczyszczeniu, a 4te bóle ustępowały po środkach uśmierzających. Są lekarze uważający kiłę za odmianę trądu, kto jednak zna definicyję tego ostatniego cierpienia, nie może się z tém zdaniem pogodzić; inni znów powiadają, że kiła nie jest niczém innem, jak opisaném przez Avicennę „Sahaffali", lecz Sahaffali zajmuje najczęściéj tylko głowę i znamy je pod nazwiskiem *lichen Graecorum.* Historyja świadczy, że kiła dawniéj znaną nie była i że dopiero w r. 1493 z Indyj, t. j. według teraźniejszéj nazwy z Ameryki do Europy ją przeniesiono.

(Dokończenie nastąpi).

VI. Ze Zjazdu Salcburskiego Przyrodników i Lekarzy odbytego w r. 1881.

Mnogość Zjazdów narodowych i międzynarodowych, ogólnych i specyjalnych, sprawiła, że Zjazdy Przyrodników i Lekarzy niemieckich nie przedstawiają już tego żywego ruchu naukowego, którym się dawniéj odznaczały, że nie bywają już zwiedzane przez powagi naukowe pierwszorzędne, słowem tracąc wiele z pierwotnéj swéj świetności, coraz bardziéj chylą się do upadku. Do tego mojém zdaniem przyczynia się ta okoliczność, że Zjazdy międzynarodowe odbywać się zwykły po wielkich stolicach europejskich, gdzie zwabiają uczonych świetne przyjęcia podejmowane przez najwyższe władze krajowe, i że na miejsca Zjazdu Przyrodników i Lekarzy niemieckich wybierają teraz miasta a nawet miasteczka nie uniwersyteckie; tak w ostatnich latach odbywał się Zjazd w Kasslu, w Badenie (w Badeńskiém), w Gdańsku, tym razem zaś w Salcburgu, a na miejsce przyszłego Zjazdu obrano miasteczko Eisenach, dawniejszą stolicę Księstwa Weimarskiego, mieścinę mającą 16,000 mieszkańców, wprawdzie uroczo położoną (w Turyngii), lecz nie mającą odpowiednich ubikacyj dla pomieszczenia przybyłych Przyrodników.

O dwóch przedmiotach, które obszernie były traktowane na Zjeździe tegorocznym, zamierzyłem podać wiadomość szanownym Czytelnikom Przeglądu Lekarskiego, a temi są: błonica i sztuczne karmienie osesków. Co do pierwszego przedmiotu to wątpliwości nie ulega, że się nietylko poszczególni lekarze, ale i mniejsze i większe stowarzyszenia lekarskie wszystkich krajów nim zajmowały i zajmują, odkąd ta niemoc w końcu piątego dziesięciolecia tego wieku się pojawiać poczęła, i odkąd w wielu okolicach stała się miejscową chorobą. Lekarze wiedeńscy, z którymi miałem sposobność mówienia, zapewnili mnie, że od czasu zaprowadzenia wodociągów w Wiedniu, dostarczających zdrowéj i czystéj wody, nie panują w Wiedniu żadne pospólne choroby, z wyjątkiem dyfteryi, która stała się chorobą miejscową; zapewnili mnie również, że choroby wysypkowe ostre, zakaźne, sporadycznie tylko występują, i odznaczają się łagodnym przebiegiem, a powikłania, które u nas dość często się wydarzają, nie są im wcale znane. Nie mniéj doświadczenia innych kolegów także to stwierdzają, co ja od początku pojawienia się u nas błonicy zauważałem: że choroba przerzeczona najczęściéj nagabuje dzieci do 12—14 roku życia, u dorosłych zaś bardzo rzadko występuje, podczas gdy w Niemczech a szczególniéj w Bawaryi, jak sprawozdania tamtejsze wykazują, przerzeczona choroba sroży się również między dorosłymi. Nim przystąpię do skreślenia rozpraw mianych na Zjeździe Przyrodników i Lekarzy w Salcburgu, pozwolę sobie pomówić nieco o moich osobistych spostrzeżeniach, mianowicie że widywałem błonicę w dwóch odrębnych postaciach czyli formach. I tak: z początku pojawiała się na migdałkach, czopku, miękkiém podniebieniu, w ogóle w jamie gardłowéj bez lub z towarzyszącą gorączką, tu nawiasowo wspomnieć winienem, że Oppolzer w r. 1860 mówiąc o błonicy samoistnéj, zauważał że czasem w błonicy nie bywa gorączki, późniéj uważano gorączkę za objaw nieodzowny, konieczny, w nowszych znów czasach wspominają lekarze o błonicy bez gorączki przebiegającéj. Następnie posuwa się błonica na nozdrze tylne, poczém zajmuje i przodkowe, a gdy to się wydarza, natenczas wypływa ciecz biaława, mętna, cuchnąca, ostra, owrzodzenia wargi górnéj sprawiająca, z nozdrzy przodkowych, gruczoły chłonicze podszczękowe zwolna nabrzmiewają, które dość często rozdzielają się, czasem w ropienie a nawet w posoczenie przechodzą, które po dłuższym przeciągu czasu u osób osłabionych, wątłych, wyniszczonych śmiercią się kończą, u osób zaś dotychczas zdrowych i dobrze żywionych wyzdrowieniem się znamionują. Druga postać błonicy daleko większém zagraża niebezpieczeństwem, aniżeli pierwsza, bo tylko bardzo rzadko wyzdrowienie następowało, zwykle zaś śmiercią się kończyła, wtedy błonica jamy gardłowéj przenosiła się na krtań. Dotychczasowe moje doświadczenia pouczyły mnie, że należy być bardzo ostrożnym w rokowaniu co do téj postaci chorobowéj, gdyż z razu objawy są bardzo łagodne, czasem prócz chrypki nie ma innych przypadłości miejscowych, nawet z razu nie ma żadnéj duszności, lecz zwolna występują wszystkie objawy utrudnionego oddychania, duszności i zwężenia krtani, które chorego prędzéj lub późniéj uduszają.

My lekarze po miastach praktykujący nie mamy wyobrażenia o spustoszeniu, jakie błonica zrządza po wsiach. Czcigodny Kolega Rolle w Przeglądzie Lekarskim opisał przed kilkoma laty miejscową błonicę w Kamieńcu podolskim panującą, w któréj ciekawe podał daty stwierdzające jéj zaraźliwość, o któréj obecnie już nikt nie wątpi. Jeszcze jaskrawszy niestety obraz błonicy na wielką skalę skreślił wyżéj wspomniany Kolega w swém przemówieniu mianém na trzecim Zjeździe Przyrodników i Lekarzy polskich w Krakowie, w którém wzmiankuje, że na Podolu na błonicę zachorowało osób 56,823, a umarło 16,092; obok tych spostrzeżeń karłowaciejà spostrzeżenia czynione po miastach lub miasteczkach.

W sekcyi pedyjatrycznéj tegorocznego Zjazdu w kołach rozstrzygających przeważało zdanie, że nie należy robić żadnéj różnicy między błonicą a dławcem; przedstawicielami tego unitaryzmu są między innymi prof. Gerhardt w Würzburgu i prof. Demme z Berna.

Dr. Förster z Drezna zgłosił swój wykład o leczeniu błonicy, tymczasem właściwie mówił o stósowaniu kąpieli parowych w niemocach krtaniowych. Sądzi on, że wdychania ciepłéj pary są w stanie zapobiedz śmiertelnemu zejściu z cieśni krtaniowéj, mają nadto uczynić zbytecznem cięcie tchawicy; o ile się to wykładającemu udało, to wykazują liczby statystyczne przez niego przytoczone, i tak na 179 chorych wykonano cięcie tchawicy 72 razy.

Dr. F. mniema, że w cieśni wyższego stopnia winna być stósowaną parówka, zwłaszcza że przy stósowaniu onéj nie uważano żadnych niebezpiecznych przypadków, raz tylko przytrafiło się, że chory wśród użycia parówki dostał drgawek; nadto wspomina, że po parówce duszność ma się zmniejszać, mimo to że się głos nie poprawia, nie zawsze jednak stósowanie parówki było w stanie ochronić od rękoczynu, czasem nawet tuż po dokonanym rękoczynie użyto jéj dla zmniejszenia duszności, co też w niektórych razach pomagało. (C. d. n.)

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W Krakowie wzmogła się w tygodniu 47 do 12 listopada ogólna śmiertelność z 24,0 do 37,2 w obliczeniu na rok i 1000 mieszkańców. Z ospy umarło 5, (4 z. t.), z płonicy 0 (3 z. t.) z błonicy 3 (1 z. t.), z krztuśca 3 (1 z. t.), z duru brzusznego 0 (1 z. t.), z czerwonki 0 (1 z. t.) Doniesiono w tym tygodniu o 2 przypadkach ospy, 3 płonicy, 2 krztuśca, 3 duru osutkowego (ze wsi i ze szpitala), 1 gorączki połogowéj. W tygodniu 43 (do 22 października) ospa w Londynie bardziéj się rozszerzyła. Świeżo zapadło 115, umarło 14, leczyło się w szpitalach 477. W Wiedniu umarło 12, w Paryżu 10, w Petersburgu 4, w Budapeszcie 7. Sporadycznie pojawia się ospa w Pradze, Brukseli, Maladze i Madrycie. Dur osutkowy pojawia się w Petersburgu, Londynie, Maladze, Murcyi, i Walencyi. Czerwonka złagodniała w Aleksandryi i Granadzie. Od 16—31 sierpnia umarło 1 w Rio de Janeiro z febry żółtéj.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 43 (do 22 października) umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 31,8; we Lwowie 23,5; w Poznaniu 19,3; w Wiedniu 22,1; w Budapeszcie 31,2; w Pradze 24,7; w Berlinie 23,5; w Wrocławiu 26,5; w Gdańsku 19,2; w Mnichowie 23,3; w Dreźnie 20,5; w Lipsku 20,9; w Bazylei 19,3; w Brukseli 25,5; w Amsterdamie 21,4; w Hadze 20,3; w Paryżu 22,9; w Londynie 21,6; w Kopenhadze 15,5; w Stokholmie 22,3; w Chrystyjanii 13,4; w Petersburgu 41,8; w Odesie 34,9; w Rzymie 24.2; w Wenecyi 21,9; w Bukareszcie 20,8; w Madrycie 38,0; w Lizbonie 2,58; w Aleksandryi 34,6; w Nowym Jorku 29,7; w Filadelfii 29,1; w Madrasie 38,3. *J. B*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 17 listopada. Dowiadujemy się z *Gazety Lek.*, że Towarzystwo lekarskie warszawskie na ostatniém swém posiedzeniu wybrało Docenta Jordana członkiem swym honorowym, a to w uznaniu zasług położonych przy urządzaniu III Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie. Uznanie to ze strony kolegów warszawskich jest nie tylko zaszczytném dla prezesa Towarzystwa naszego, ale stanowi dowód, że Ziazd III powiódł się świetnie.

* Zakład weterynarski we Lwowie otwarty zostaje w d. 15 bm. Według ogłoszenia Namiestnictwa przyjęci zostają uczniowie po ukończeniu 6 klas gimnazyjalnych lub realnych, którzy ukończyli rok 17 a nie przekroczyli jeszcze roku 26go życia.

* Podskarbi komitetu, zajmującego się fundacyją Virchowa w Berlinie, nadesłał na ręce prof. Adamkiewicza razem z pokwitowaniem podziękowanie dla tych lekarzy, którzy wzięli udział w składce na fundacyję przerzeczoną.

* **Paryż.** Znany w świecie uczonym fizyjolog Paweł Bert wszedł do gabinetu Gambetty jako minister oświaty i wyznań. W obydwóch zatém mocarstwach romańskich lekarze w téj chwili zajmują posady ministrów oświaty, we Włoszech bowiem piastuje ją od kilku miesięcy profesor kliniki lekarskiéj w Rzymie Baccelli.

* Urzędowa gazeta w Pekingu ogłasza dekret cesarza Onang-Su, mocą którego 23 lekarzom, członkom kolegijum lekarskiego nadwornego w państwie niebieskiém, nadano pióra pawie, i guziki czerwone i niebieskie w uznaniu zasług przez nich położonych podczas choroby cesarzowéj Ezuttei. (*Gaz. des Hôp.*)

* **Wiadomości osobowe.** W galicyjskiéj obronie krajowéj mianowani zostali lekarzami batalijonowemi z rangą lekarzy pułkowych 2giéj kl. i charakterem kapitanów dotychczasowi lekarze batalijonowi z rangą lekarzy starszych Drowie: Antoni Pietrzycki (batal. kolbuszowskiego), Maurycy Rudnik (b. buczackiego), Teodor Hrynczak (b. rzeszowskiego), Mieczysław Dembowski (b. żółkiewskiego), Szymon Kohner (b. krośnieńskiego), Maksym. Ebermann i Władysław Kulczycki (b. samborskiego), Wiktor Łodziński (b. stanisławowskiego), Zygmunt Dzikowski (b. nowosądeckiego) i Adolf Goldhaber (b. kołomyjskiego).

Stopień Drów w. n. lek. uzyskali w Uniw. Jagiell. pp. Kazimierz Szymkiewicz rodem z Tarnowa i Władysław Dumaire z Poznania.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 45: Heringa: Przyczynek do kazuistyki ciał obcych w krtani i przełyku; Kramsztyka: Zapalenie oczów pryszczykowe (c. d.); Sokołowskiego: Sprawozdanie z oddziału dla chorób piersiowych i gardlanych (c. d.)— W *Przewodniku gimnast.* Nr. 8: Żulińskiego: Ruch mięśniowy i wpływ jego na zdrowie człowieka (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

Dra J. MAJKOWSKIEGO: Sprawozdanie lekarskie o chorych leczonych u zdrojowiska w Busku w r. 1880. Warszawa 1881, in 8vo m. str. 16.

Tegoż: Sprawozdanie lekarskie o chorych leczonych tamże w r. 1879, in 8vo str. 26.

Dr. RYDYGIER: O wycinaniu okręgowém kawałków jelita z następném zeszyciem obu odcinków. Kraków 1881. (Osobne odbicie z Przegl. Lek.) in 8vo str. 32.

Dr. E. ZILLNER (we Wiedniu): Nach 4 Monaten aufgefundene Leiche, Nachweis der Cyankaliumvergiftung. (Osobne odbicie z Viertelj. f. g. M. 1881), in 8vo str. 8.

Prof. ADAMKIEWICZ: Die normale Muskelfunction, atom. Ataxie u. spast. Parese als Endeffecte e. Störung d. Gleichgewichtes. (Osobne odbicie z Zeits. f. klin. Med. III, 3). in 8vo str. 75.

Sprostowanie. W Nrze 45 Przeglądu na str. 598 w łamie pierwszym zaszły następne omyłki druku: w 23cim w. od dołu winno być: „sprawie gojenia" zamiast „sprawia gojenie", a w wierszu 16tym od dołu „uśmierca" zamiast „uśmierza".

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja:
Ulica Podwale Nr. 84.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Boulv. Voltaire 180, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 26 listopada 1881. **№ 48.** Rok XX.

TREŚĆ: I. PIENIĄŻEK. O duszności. — II *Oceny i sprawozdania*: O pierwoszczy. — ALBRECHT. TOUSSAINT. BOUCHARD. HOFMANN. (Dok.) — *Wiadomości pomniejsze*. — III. *Odcinek*: GLÜCK. Rozprawa Sebastyjana Petrycego o kile. (Dok.) — Listy z Warszawy. III. — IV. *Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie*. — V. *Wiadomości bieżące*.

I. O duszności.

(Wykład miany w towarzystwie lekarskiém na posiedzeniu z dnia 18/6 1881).

Przez Dra Przemysława Pieniążka,
Docenta Uniwers. Jagiellońskiego.

Duszność jest niezaprzeczenie jednym z najważniejszych objawów, które w przebiegu chorób narządu oddechowego napotykamy, gdyż jest ona objawem, który w pewnym stopniu natężenia bezpośrednio życiu zagraża. Z drugiéj jednak strony powiedzieć możemy, że właśnie duszność i to w tych samych przypadkach, w których życiu zagraża, stanowi zarazem pomoc daną od natury organizmowi chorego, którą się on od zaduszenia, a więc od śmierci ratuje. Gdyby nie uczucie duszności towarzyszące duszeniu się, niezawodnie śmierć z uduszenia prędzéj i łatwiéj o wiele, a tém samém częściéj by się zdarzała. Sprzeczność tę pozorną łatwo pojąć zastanowiwszy się nad istotą duszności. Czémże więc jest duszność? Jest to przykre uczucie, którém się zdradza niedokładne utlenienie krwi w płucach się znajdującéj. Płuca są narządem, któremu przypadło zadanie oczyszczania krwi z nadmiaru kwasu węglowego a zarazem zaopatrywania jéj w świeży zasób kwasorodu. Oba te zadania spełniają płuca równocześnie, i na mocy jednego prawa fizycznego, tj. prawa dyfuzyi gazów przez błony zwierzęce. Dopóki organizm się znajduje w powietrzu atmosferyczném, przepełnienie krwi kwasem węglowym odpowiadać musi dokładnie brakowi kwasorodu; im mniéj tego ostatniego, tém większe przepełnienie krwi pierwszym. Skutkiem tego powstać musiało pytanie, co właściwie jest powodem bezpośrednim duszności, co sprowadza ostatecznie śmierć przez uduszenie, czy nadmiar kw. węglowego, lub też brak kwasorodu. Aby to pytanie rozstrzygnąć, trzeba było wypróbować zachowanie się ustroju zwierzęcego w obec jednego z tych niekorzystnych warunków; a ponieważ, jakeśmy wyżéj powiedzieli, przychodzą one w stanie naturalnym równocześnie, trzeba więc było sztucznie rozdzielić je od siebie. Zadanie to dało się uskutecznić w ten sposób, że zamiast powietrza atmosferycznego użyto w doświadczeniach fizyjologicznych innych mięszanin gazów, które dozwalały osiągnięcia bądź przepełnienia krwi kwasem węglowym obok prawidłowego jéj utlenienia, bądź to pozbawienia jéj kwasorodu bez równoczesnego nagromadzenia w niéj kw. węglowego w nadmiernéj ilości. Przy oddechaniu powietrzem atmosferyczném następuje dyfuzyja gazów pomiędzy témże powietrzem świeżo do płuc wciągniętém, zawierającém ledwie ślady zanieczyszczeń kw. węglowym a krwią żylną, w któréj kwas węglowy znajduje się w nadmiarze, a kwasoród natomiast w znacznie mniejszéj ilości niż w krwi tętniczéj. Nic więc dziwnego, że przy układaniu się gazów do równowagi kwas węglowy z krwi do powietrza, kwasoród zaś odwrotnie z powietrza do krwi przechodzić musi. Ztąd też napotykamy w powietrzu wydechaném znaczną ilość kwasu węglowego, a za to ubytek kwasorodu. Dla krótkości pomijam tu tę okoliczność, że powietrze po wydechu w płucach pozostałe zawiera pewną ilość kwasu węglowego, że daléj powietrze wciągnięte wdechem nie dostaje się tak daleko, aby z samemi naczyniami płuc mogło gazy wymieniać; że zatém sprawa dyfuzyi postępuje tu pomiędzy pojedyńczemi warstwami powietrza w płucach; to wszystko bowiem nie zmienia nakreślonego powyżéj obrazu; warstwy powietrza im niżéj w płucach położone, tém więcéj zawierają kwasu węglowego, bo tém mniéj są odświeżane przez oddech, lecz i najniższe mniéj go zawierają niż krew żylna, od niéj go bowiem w zamian za kwasoród dostają. Jeżeli w powietrzu atmosferyczném zastąpimy składnik obojętny, służący tylko, że się tak wyrażę, do rozcieńczenia kwasorodu, tj. azot, innym równie obojętnym gazem, np. wodorodem, to w sprawie oddechania, utleniania i odwęglania krwi nie nastąpi żadna zmiana, byleby tylko przez to zastąpienie procent kwasorodu co do objętości nie uległ żadnéj zmianie. Inaczéj rzecz się ma, gdy, czy to w obec azotu, czy wodorodu pomniejszymy ilość kwasorodu w powietrzu oddechowém. Dyfuzyja kwasu węglowego nie ulegnie tu żadnéj zmianie, ubędzie go tylko o tyle w powietrzu wydechaném, o ile brak kwasorodu ob-

niżył sprawę utlenienia w organizmie, brak zaś kwasorodu da się bardzo uczuć; w miarę pomniejszonéj jego dostawy do krwi mniej go ta ostatnia będzie posiadać, skutkiem czego wkrótce dadzą się spostrzedz oznaki duszności, a przy pomniejszeniu jego ilości do pewnego stopnia nastąpi śmierć z uduszenia, do któréj zatém nie potrzeba zupełnego braku kwasorodu, lecz wystarczy znaczne zmniejszenie jego ilości. Zupełnie inaczéj zachowuje się organizm, jeżeli w powietrzu atmosferyczném zastąpimy azot kwasem węglowym lub téż ten ostatni z powietrzem zmięszamy. Możemy do powietrza lub téż do kwasorodu tyle dodać kwasu węglowego, że oddechanie tą mięszaniną, w skutek utrudnionéj obecnie dyfuzyi tego gazu z naczyń, sprowadzi znaczne bo kilkakrotne nawet powiększenie jego ilości we krwi, a mimo to oznaki duszności, a tém mniéj zaduszenie nie nastąpi, jeżeli tylko ilość kwasorodu będzie dostateczną. Widzimy więc, że nie nagromadzenie kw. węglowego, ale brak kwasorodu sprowadza uczucie duszności, a względnie zaduszenie. Wprawdzie badania specyjalne wykazały, że kwas węglowy nie jest obojętnym gazem jak wodoród, lub azot, że działa on czynnie szkodliwie na układ nerwowy, działanie jego jednak jest za słabe i za powolne, aby w obec bardzo szybko zabijającego braku kwasorodu mogło wchodzić w rachubę.

A więc i tam gdzie równocześnie brak kwasorodu obok nagromadzenia kwasu węglowego napotykamy, musi pierwszy daleko więcéj i szybciéj swój wpływ na organizm wywrzeć, niżli drugie, tak że przy szybko powstałém zaduszeniu wpływ tego przeładowania kw. węglowym nie ma nawet czasu na organizmie się okazać. Mówiąc więc o duszności, rozumieć przez nią będziemy uczucie właściwe, którém się brak kwasorodu we krwi objawia, a zaduszenie pojmować będziemy jako śmierć tym brakiem kwasorodu sprowadzoną.

Powiedzieliśmy na wstępie, że duszność jest niejako środkiem zaradczym organizmu przeciw skutkom téjże duszności, teraz gdyśmy wyłożyli istotę duszności i zaduszenia, zdanie to w następnéj formie wyrazić możemy. Brak kwasorodu, gdy dojdzie do pewnego stopnia, sprowadza śmierć ustroju, zanim to jednak nastąpi, objawia się on właściwém uczuciem t. j. uczuciem duszności, które nietylko o istniejącém niebezpieczeństwie ostrzega, ale nadto zmusza nawet ustrój do użycia środków zaradczych, któreby rzeczonemu brakowi kwasorodu zapobiegły lub przynajmniéj o ile można go opóźniały. Jest to więc jeden z nierzadkich objawów téj *vis medicatrix naturae*, która w saméj sprawie chorobowéj wytwarza warunki do jéj usunięcia lub przynajmniéj zasłonięcia się od jéj szkodliwości. Zastanówmy się więc, w jaki sposób ma to miejsce w duszności.

Wiadomo, że aktem zaopatrującym płuca, a tém samém i krew w kwasoród jest oddech, który odpowiednio do swego podwójnego zadania, t. j. dostawy kwasorodu i wyprowadzenia kwasu węglowego, z dwóch części się składa, t. j. z t. zw. wdechu i wydechu. W prawidłowych warunkach tylko pierwsza z nich odbywa się czynnie, gdy druga dokonywa się zupełnie biernie po ustaniu sił przy pierwszéj działających, jest niejako powrotem do równowagi przez pierwszą część aktu oddechowego zakłóconéj. Możemy zatém powiedzieć, że oddech polega na rytmicznie powtarzającym się wdechu, po którym zawsze wydech następuje. Jakaż więc jest przyczyna téj rytmicznéj czynności mięśni wdechowych? Odpowiedź łatwa: przyczyną jest względny brak kwasorodu, a więc zawsze duszność, choćby nie w tym stopniu, w jakim chorobowo przychodzi. Śród przyjścia noworodka na świat najważniejszą przyczyną pierwszego skurczu przepony i innych mięśni wdechowych je t względny brak kwasorodu we krwi, gdy przemiana gazów drogą naczyń pępowinowych staje się niedostateczną. Ten brak kwasorodu nie dochodzi nawet do samowiedzy noworodka, gdyż ten jéj nie posiada, ale przenosi się bezpośrednio sposobem odruchu na ośrodki czynności oddechowéj i wzbudza skurcz mięśni wdechowych, które rozszerzając klatkę piersiową wciągają tém samém do płuc powietrze atmosferyczne, które tamże drogą dyfuzyi ustępuje części swego kwasorodu krwi naczyń włosowatych i przyjmuje w zamian od niéj część nagromadzonego w niéj kwasu węglowego. W ten sposób brak tlenu czyli duszność wywołuje odruchowo pierwszy wdech noworodka. Skoro jednak brak kwasorodu w krwi płucnéj usunięty został, ustaje zarazem ów bodziec odruchowo wdech wywołujący i napięcie w mięśniach wdechowych wolnieje, a w miarę jego wolnienia działać zaczyna elastyczność pęcherzyków płucnych i wypycha część powietrza w płucach zawartego, czyli innemi słowy następuje wydech, który się skończy wtedy, gdy elastyczność pęcherzyków płucnych wraz z parciem w jamach opłucnych zrównoważy ciśnienie powietrza atmosferycznego t. j. wewnątrz płucne. Płuco więc już nie wraca do stanu bezpowietrznego płodu, lecz stale zawiera pewną ilość powietrza, która od stosunków ciśnienia w płucach i po za niemi zawisła. Drugi wdech w życiu człowieka dokonywa się już tak jak każdy następny, a nawet ostatni w życiu pod wpływem tegoż samego co i pierwszy bodźca, t. j. pod wpływem nowego braku kwasorodu we krwi, gdy ilość jego przy poprzednim wdechu zdobyta już zużytą została. Tu znowu tą samą odruchową drogą powstaje stan czynny mięśni wdechowych, po ustaniu którego znów bierny wydech następuje. Ponieważ każdym wdechem zdobyty kwasoród w krótkim czasie zużyć się musi, przeto też zawsze nowy bodziec wywołujący nowy wdech następuje, ztąd też pochodzi owo rytmiczne powtarzanie się oddechów.

Tak się rzeczy mają w stanie prawidłowym, ale i w zboczeniach od tegoż nie mają się one inaczéj. Zboczenia, o których my tu mówić mamy, t. j. wywołujące duszność, dają się na dwa rodzaje podzielić. Do pierwszego należą te przypadki, gdzie wprowadzenie nowéj ilości powietrza do płuc jest utrudnionem z powodu zwężeń w drogach oddechowych. Nie będziemy tu pojedyńczych przypadków po szczególe rozbierać; czy mamy zwężenie w głośni, czy nad nią, czy pod nią, lub też we wszystkich oskrzelach któregokolwiek rzędu, wypadek będzie zawsze ten sam, a mianowicie dostawa nowego, równie jak oddanie starego powietrza będzie utrudnione. Zwykła praca mięśni wdechowych nie wystarczy tu, aby przeprowadzić potrzebną ilość powietrza przez miejsce zwężone, nie zadowoli zatém uczucia braku kwasorodu we krwi, czyli uczucia duszności, a ponieważ jak wyżéj podano właśnie to uczucie odruchowo skurcz mięśni wdechowych wywołuje, nic więc dziwnego, że nie będąc usunięte zwyczajnym skurczem tych mięśni, wywołuje silniejszy któryby był w stanie pokonać przeszkodę dopływ powietrza tamującą. Tam gdzie działa świadomość i wola, może to się na téj drodze odbyć, że chory widząc, iż zwykłym wdechem nie zdoła zwykłéj ilości powietrza wciągnąć, umyślnie wykonywa wdech silniejszy, któryby swemu zadaniu mógł podołać. Tam jednak, gdzie ośrodki wiedzy i woli nie są czynne, czy to z powodu ich nierozwinięcia jeszcze, lub też z powodu chorobowéj w nich zmiany, toż samo odbywa się od-

ruchowo bezwiednie. Wdech zwykły nie zdoła wciągnąć potrzebnéj ilości powietrza, duszność więc nie ustaje, działa więc daléj odruchowo na ośrodki oddechowe i potęguje już istniejący skurcz mięśni wdechowych. Jedynie tam nie może to mieć miejsca, gdzie mięśnie wdechowe są zbyt słabe, aby pracy nadmiernéj sprostać, jak to bywa u bardzo małych lub zbyt wątłych dzieci, u zgrzybiałych starców oraz w chorobach, które siły mięśni szczególnie niszczą, jak dur brzuszny itp. Prócz tych przypadków zwężenie dróg oddechowych cechuje się zawsze zwiększoną pracą mięśni wdechowych, która nam tu pierwszy przykład daje, jak duszność zapobiega szkodliwym następstwom utrudnionéj dostawy powietrza. Mimo téj zwiększonéj pracy dowóz powietrza zawsze jest utrudniony, przechodzi ono bowiem wolno przez wązką szparę zwężenia, duszność więc nie odrazu zostaje usuniętą, działa więc daléj i wywołuje nietylko silniejsze ale i głębsze wdechy, które znacznie dłużéj trwają niż prawidłowe. Już sama ta zwiększona praca mięśni wdechowych przymnaża tworzenie się kwasu węglowego, tém samém prędzéj lub też większą wywołuje duszność. Dodajmy do tego wydech, który się tu biernie, a więc temi samemi siłami, co w stanie prawidłowym odbywa, a zatém przy zwężeniu dróg oddechowych o wiele dłużéj trwać musi, a znajdziemy, że brak kwasorodu w chwili powstania wdechu musi być większy niż w stanie prawidłowym; nie zdziwimy się więc, jeżeli pod tym wpływem i wdech nietylko silniejszy, ale i głębszy powstaje. Głębszy a więc i dłuższy wdech obok dłuższego wydechu musi sprawiać, że oddechy stają się rzadszemi. Tak więc widzimy, że organizm oddziaływa na zwężenie dróg oddechowych głębokiemi a rzadszemi wdechami i w ten sposób doprowadza on nawet przy znacznych zwężeniach potrzebną ilość powietrza do płuc. Dopiero gdy zwężenie jest tak wielkie, że go ta praca mięśniowa nie może pokonać, lub też, gdy nastąpi wyczerpanie sił, czy to mięśni wdechowych, czy ośrodków oddechowych, lub nastąpi znieczulenie kończyn płucnych nerwu błędnego, chory oddycha płytko i rzadko, zanim zupełnie oddychać przestanie.

Drugim rodzajem duszności jest ten, gdzie dostawa powietrza nie jest utrudnioną, ale mimo to krew płuc nie dekarbonizuje się dostatecznie, bądź to z powodu, że zawiera ona za mało ciałek barwnych jak w błednicy, lub białaczce (*leukaemia*), bądź za mało jéj jest w płucach, jak w anemijach po krwotokach, przy zaniku naczyń w rozedmie płuc itp. Tu największy dowóz powietrza nie wystarczy; gdy w poprzednim przypadku chory mógł dopiero większą ilością wprowadzonego powietrza duszność zaspokoić, tu potrzebuje on szybkiéj tegoż odmiany. Fizyjologija oddechania uczy nas, że przy głębokich a rzadszych oddechach względna wymiana gazów w każdym oddechu jest większą, niż przy częstych a płytkich; jeżeli jednak porównywamy rezultat tych oddechów w pewnym czasie, to większa wymiana okaże się po stronie płytkich a częstych, niż głębokich a rzadkich oddechów. Widzimy zatém, że płytkie a częste oddechy więcéj odpowiadają potrzebie organizmu tam, gdzie wymiana gazów krwi skutkiem zmienionéj ilości lub jakości krwi w płucach jest upośledzoną. Ztąd łatwo pojąć, że chory przekonawszy się, że ten rodzaj oddechania lepiéj jego potrzeby zaspokaja, jego świadomie się chwyta; tożsamo jednak ma miejsce i tam, gdzie świadomość ta nie istnieje, lub jest znacznie upośledzoną, tylko odbywa się drogą odruchową. W poprzednim przypadku bodziec wywołujący wdech odruchowo nie zdołał usunąć duszności, rósł więc daléj tak, że skutkiem większego niż prawidłowo braku kwasorodu silniejszy i głębszy wdech powstać musiał, który dopiero ów bodziec usunąć zdołał, tutaj nie potrzeba większéj pracy, brak kwasorodu wywołuje wdech, który odrazu potrzebę zaspokaja, a więc ten bodziec usuwa, wkrótce jednak i to prędzéj niż prawidłowo, nowy bodziec powstaje, gdyż w obec zmniejszonéj ilości lub zmienionéj jakości krwi w płucach mniéj kwasorodu krew przyjęła, mniéj kwasu węglowego oddała, potrzeba więc nowego wdechu nie jest tu większą, ale za to wcześniéj występuje niż prawidłowo, ztąd też prędzéj odruchowo nowy wdech powstać musi. Że przy szybszém powtarzaniu się wdechów muszą one być płytszemi równie jak i następujące po nich wydechy, to się samo przez się rozumie. Tak więc mamy tu drugi przykład, jak duszność sama wywołuje zmianę w oddechaniu, która złym jéj następstwom zapobiega. Jeżeli jednak największa możliwa częstość wdechów nie zdoła potrzebie odpowiedzieć, i następowo do znieczulenia ośrodków oddechu i wyczerpania mięśni wdechowych przyjdzie, lub też gdy skutkiem słabości tych ostatnich zabraknie im siły do tak częstego skurczania się, wtedy oddechy staną się rzadszemi. W takich warunkach w pierwszym przypadku stają się one płytszemi, a przeto nieraz mogą być częstszemi niż przy oddechach głębokich, tu zaś stawszy się rzadszemi mogą one być nieco głębsze niż były pierwotnie, zawsze jednak jak tam względnie do swéj płytkości są one zanadto rzadkiemi, tak i tu względnie do swéj rzadkości zanadto płytkiemi one będą. W obu razach mamy do czynienia z upośledzeniem sprawy odruchowéj oddechania z powodu upośledzenia czucia, przewodnictwa i działania. Na znieczulonee kończyny nerwów błędnych w płucach trzeba większéj podniety, a więc większego braku kwasorodu, aby na nie bodziec ten działał, ztąd dłuższe trwanie pauzy oddechowéj, aż zużycie kwasorodu do potrzebnego stopnia dojdzie, lecz w znieczulonym rdzeniu przedłużonym bodziec ten nie wystarczy do wywołania odruchu, musi więc pauza trwać jeszcze dłużéj, aż znieczulone kończyny nerwu błędnego dość silnie zadrażni, aby one odruch wywołać zdołały, lecz i ten odruch słabo się tylko odezwie a pobudzając wyczerpane już mięśnie wdechowe, do tém słabszego je skurczu pobudzić zdoła. Ztąd też po długiéj pauzie nastąpi wdech słaby i płytki i w ogóle będzie oddechanie rzadkie a płytkie, aż wreszcie zupełnie ustąpi. Chwilowe w tym stanie ocucenie sprowadzi szereg głębszych lub częstszych wdechów, lecz znowu wyczerpanie nastąpi, a im ono jest większe, tém to ocucenie się, jeżeli w ogóle jeszcze wystąpi, krócéj trwać będzie. W takim stanie nawet skuteczna wreszcie pomoc, jak np. tracheotomija przy zwężeniach w krtani może już być spóźnioną, gdy wyczerpnięcie i znieczulenie do tego stopnia doszło, że nawet dostawa prawidłowéj ilości powietrza usunąć go nie zdoła. W innych razach trzeba będzie dłuższy czas czynnie doprowadzać powietrze przez sztuczne oddechanie, zanim to znieczulenie i wyczerpanie ustąpi.

Skreśliliśmy tu główne obrazy duszności w dwóch jéj głównych zarysach i wykazaliśmy zarazem, jak tu cierpienie samo wywołuje ze strony organizmu środki zaradcze, w każdym z tych stanów: sprawa jednak z różną szybkością rozwijać się może, co sprawia w skreślonych powyżéj typach pewne odmiany, które nam bliżéj podać należy. Możemy tu rozróżnić przebieg chroniczny, ostry, a wreszcie zupełnie nagły. Pierwszy cechuje się szczególniéj możnością przyzwyczajenia się organizmu do zmienionych warunków. I tak

spotykamy wysoki stopień zaniku naczyń w rozedmie płucnéj itp. zmiany daleko posunięte, które jeżeli powoli się rozwinęły, nie wywolują prawie wcale przy spokojném zachowaniu się duszności. Podobnież spotykamy znaczne zwężenia, powoli powstałe bez żadnych dolegliwości dla chorego, gdy ten sam stopień z szybkim rozwojem najwyższą duszność jużby sprowadził. Nadto mięśnie wdechowe, które te zwężenia przezwyciężają, znajdujemy skutkiem nadmiernéj, a powoli wzmagającéj się pracy bardzo znacznie rozwinięte, tęższe i grubsze niż w stanie prawidłowym. Ztąd też nietak łatwo wyczerpanie ich nastąpi, wyjąwszy, gdy skutkiem wieku takowe samo istnie już słabnąć poczynają. Tego wszyskiego nie spotykamy w ostrym przebiegu, gdzie i uczucie duszności szybko powstałe więcéj daje się uczuć i muskulatura nadmiernie pracująca a tylko normalnie wyrobiona prędzéj wyczerpnąć się musi. Więcéj ona sprostać może w zupełnie nagłych przypadkach swemu zadaniu, tu bowiem, jeżeli stopień zwężenia, braku krwi itp. nie jest za nadto wysoki, jeżeli po nagłém powstaniu szybko usuniętym być może, uczucie duszności nagłe i silne pobudza głębsze lub szybsze oddechy, krótki jednak czas téj walki do wyczerpania sił lub znieczulenia jeszcze nie wystarczy. To też chory cierpiący dni kilka na duszność prędzéj ulegnie zaduszeniu, niż ten u którego takowa zupełnie nagle powstała. Jeżeli jednak stopień czy to zwężenia w drogach oddechowych, czy zmian drugiego rodzaju tak jest wysokim, że nie da się skompensować ani głębokiemi ani częstemi oddechami i prowadzi do śmierci, jeżeli nadto nie w biegu dni kilku, ale bardzo szybko lub od razu najwyższy stopień osiągnął, wtedy praca forsowna mięśni wdechowych szybko słabnie, gdyż najwięcéj ją osłabia nie dający się usunąć brak kwasorodu i nadmiar nagromadzonego kwasu węglowego. Wtedy szybkie oddechy wkrótce stają się rzadkiemi, głębokie zaś coraz płytszemi. Przy zupełném zatkaniu dróg oddechowych widzimy tylko bezowocną pracę mięśni wdechowych, która wciągnąć powietrza nie zdoła, i już po kilku forsownych próbach słabnie stopniowo i ustaje wreszcie zupełnie.

(Ciąg dalszy nastąpi)

II. Oceny i sprawozdania.

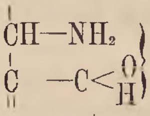
Różnica w składzie chemicznym pierwoszczy *(protoplasma)*. **żyjącéj a martwéj.** Skreślił Dr. Kopff.

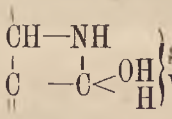
Mimo wielu poszukiwań pozostała dotąd zagadka, co to jest siła żywotna, co nadaje pierwoszczy moc rozrastania się, mnożenia, przyswajania sobie pokarmów z otoczenia, wreszcie dowolnego wykonywania ruchów. Również po dziś dzień jest zagadką, co to właściwie jest śmierć pierwoszczy, czém właściwie różni się pierwoszcza żyjąca od martwéj. Do tajemnicy téj natury, spotykanéj na każdym kroku codziennego życia, tak przyzwyczailiśmy się, że nas zupełnie zaspokajała i zadowalała nic nieokreślająca, niejasna nazwa „siła żywotna.“ Kilku badaczy w naszych czasach starało się bliżéj zbadać tę siłę żywotną i dać nam jéj bliższe określenie. Mitscherlich tłumaczył, że życie jestto gnicie, że jestto rozpad i utlenianie białka pod wpływem najniżéj co do ustroju stojących grzybków. Zdanie to znalazło jeszcze w roku zeszłym obrońcę w jednym ze znanych fizyjologów. Nencki wykazał bezpodstawność tego zapatrywania. Inni fizyjologowie również się na to zgodzili, i już nikt życia za proces gnicia nie uważa. Dopiero pierwszy Pflueger wystąpił ze zdaniem, że śmierć pierwoszczy nie może na czém innem polegać, jak tylko na innêm ustawieniu się jéj atomów w składzie chemicznym. Zapatrywanie to przyjęto już prawie w fizyjologii. Stało się ono podstawą dalszych badań i poszukiwań. Poszukiwania te jednak są nader trudne, bo skład chemiczny białka, jego ustawienie atomów, jego wzór wyrozumowany, jego indywidualności chemiczne są jeszcze bardzo mało znanemi. Zagadka pozostaje więc nadal nierozwiązaną.

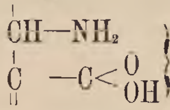
W roku zeszłym Oscar Loew wystąpił z hipotezą, że białko jest pod względem składu chemicznego nader zbliżone do aldehydów, że składa się z grupy (prawdopodobnie dwunastu) aldehydów, które łatwo skutkiem wpływów zewnętrznych zmieniają układ atomów. *(Pflueger's Archiv* XXII, 501). Skład chemiczny białka przedstawia według Loewa wzór $C_{72}\ H_{112}\ N_{18}\ S\ O_{22}$. Zmiana w ułożeniu atomów w grupach aldehydów ma stanowić różnicę między żyjącą a martwą pierwoszczą.

Obecnie, opierając się na zeszłorocznych badaniach, Loew wraz z T. Bokornym ogłosili pracę, wykazującą słuszność zapatrywania dawniéj wypowiedzianego. Obaj autorowie zajmowali się pracą tą w instytucie dla fizyjologii roślin w Monachijum (*Pflueger's Archiv* XXV, 150).

Wiadomo, że aldehydy należą do ciał w najwyższym stopniu odtleniających, odciągających innym połączeniom tlen. Sole srebrowe w rozczynie alkalicznym za dodaniem aldehydu wydzielają srebro w postaci źwierciadła metalicznego na ścianach probierki. Podobnie zupełnie zachowuje się względem soli srebrowych pierwoszcza żyjąca. Według obu autorów zdaje się tu następować zmiana w ustawieniu atomów w grupie aldehydów, jak się zdaje wzoru


grupa pierwoszczy żyjącéj


grupa po śmierci prawidłowéj pierwoszczy


grupa powstająca pod działaniem Ag_2O. Śmierć skutkiem utlenienia.

Loew i Bokorny wykonali doświadczenie w następujący sposób: Jako odczynnika używali soli srebrowych w rozczynie alkalicznym. Przyrządzali go w sposób następny: *a)* 1 część NO_3Ag rozpuszcza się w 100 cz. wody, *b)* rozcieńcza się 13 cm. sz. ługu potasowego c. g 1.333, i 10 cm. sz. *Ammonii caustici* c. g. 0.964 w 100 cm. sz. wody. Z obu rozczynów bierze się przed użyciem po jednym gramie i te 2 gramy rozcieńcza się wodą do objętości jednego litra. Odczynnik ten zachowywał się w sposób następujący względem ciał silnie odtleniających: Aldehydy kwasu octowego i benzoesowego wydzielały jeszcze srebro z rozczynu 1:100 tysięcy. Hydraciny (grupa charakterystyczna, naprzód przez Fischera opisana, $NH-NH_2$) wydzielały srebro przy rozcieńczeniu 1:80 tysięcy. Kwas pyrogalusowy i hydrochinon przy rozcieńczeniu 1:12 tysięcy. Po nich idą kwas garbnikowy, glykoza, kwas mrówkowy itd. — Pierwoszcza tylko jedynie żywa wydzielała srebro z rozczynu 1 na milijon, a nawet jeszcze ślad reakcyi dawał się dostrzegać przy rozcieńczeniu 1 na 2 milijony. Pierwoszcza żywa jest więc najdoskonalszym odczynnikiem na srebro.

Do doświadczeń użyli L. i B. nitek wodorostów szczególniéj z gatunku Spirogyra i Zygnema. Wodorost ten dał się bardzo dobrze hodować w rozczynie azotanu amonowego i fosforanu potasowego, rozpuszczonych po 1 gramie w 10

litrach wody. Rozbiór chemiczny użytych wodorostów, wykazał następujący skład w odsetkach: białka 2.806, tłuszczu, z małemi ilościami lecytyny i chlorofylu 0.610, glykosy 0.111; skrobi, celulosy, garbnika 6.077, składników popiołu 0.009, wody 90.387. — Kilka nitek wzmiankowanych wodorostów włożyli L. i B. do rozczynu soli srebrowych. Po 12 godzinach pod mikroskopem wykazano, że srebro metaliczne zupełnie się wydzieliło i w postaci mniejszych lub większych czerwonych punkcików napełniało pierwoszczę komórek roślinnych. Oddziaływanie to występowało jeszcze tu i owdzie przy rozcieńczeniu odczynnika 1:2 milijonów. Nitki wodorostów ogrzane przez 5 minut do 50°C., nie wywoływały już żadnego oddziaływania. Przez ogrzanie więc nastąpiła śmierć pierwoszczy [1]). Ogrzanie do 35°C. osłabiało tylko czułość reakcyi. — Wiadomém jest trujące działanie pary eteru na pierwoszczę [2]). L. i B. wystawiali więc wodorosty, osuszone, między dwoma kawałkami bibuły na wpływ pary eteru. Po godzinie wodorosty nie były już zdolne odtleniać niedokwasu srebra. Podobnie zabijająco na pierwoszczę, a więc i niszcząco własności redukowania srebra działało namoczenie jednogodzinne w 1% rozczynie $CuSO_4$, lub SO_4H_2 lub NaOH [3]). Według Kühnego i Schultza niektóre alkaloidy np. weratryn, działają w wysokim stopniu trująco na rośliny i w ogóle najprostsze ustroje zwierzęce. Mimo jednak działania tak weratrynu jak chininu w słabych rozczynach (0·2%) przez kilka godzin na nitki wodorostowe, oddziaływanie dobrze występowało.—Podobnie jak względem niedokwasu srebra, zachowywała się pierwoszcza żywa względem odpowiednich połączeń złota i platyny. Reakcyja była jednak o wiele mniéj czułą. I w tém jest analogija z aldehydami. — W dalszym ciągu doświadczeń używali autorowie i innych roślin wyżéj uorganizowanych jak pasożyta Cladophora, daléj pleśni, szypułki z liści Alsophila australis, włosków z Urtica, Primula, korzeni z Helianthus annuus etc. Wszystkie te rośliny zachowywały się podobnie jak nitki wodorostów pierwotnie użytych. Pierwoszcza zwierzęca nie nadawała się do doświadczeń, bo życie jéj nadto krótko trwało pod wpływem odczynnika. Mimo to jednak udało się autorom wykazać także takie samo zachowywanie się niektórych gatunków wymoczków względem soli srebrowych.

Z powyższych więc doświadczeń wynika, że pierwoszcza żyjąca posiada w bardzo wysokim stopniu własność odtleniania metali szlachetnych z rozczynów ich soli, i że ją wraz z życiem traci. Z tego, zdaniem autorów, należy wnioskować, że życie to tajemnicze pierwoszczy, polega li tylko na ustawieniu atomów w grupie do aldehydów podobnéj, któréj wzór powyżéj podaliśmy, i że ze zmianą atomów w téj grupie następuje śmierć.

[1]) Według spostrzeżeń M. Schultza (*Das Protoplasma der Rhizopoden und Pflanzenzellen*) i W. Kühnego (*Untersuchungen über das Protoplasma und die Contraktilität*), pierwoszcza niższych organizmów, tak zwierzęcych jak i roślinnych, ginie przy ogrzaniu od 45 do 48°C. Z tém się więc zgadzają spostrzeżenia Loewa i Bokornego. Dziwném jednak jest, że pierwoszcza niektórych osobników znosi dobrze znacznie wyższą ciepłotę. Sam M. Schultze wspomina w swéj pracy, że niektóre wodorosty żyją w wodzie o ciepłocie 53°C., jak to ma miejsce np. w Karlsbadzie. Ehrenberg pisze w swojém dziele o wymoczkach, że w gorących źródłach Ischii *„Filze von grünen und braunen organischen Massen, welche aus lebenden Ennotien u. grünen Oscillarien bestehen vorkommen.“* Ciepłota tych cieplic wynosi 81°—85°C. Nawet wymoczki i inne niższe organizmy zwierzęce napotykał tu Ehrenberg, Naegeli twierdzi, że *Bacillus subtilis*, przez 11 godzin gotowany we wodzie, nic nie stracił na żywotności. Zaiste jest to zagadka zastanowienia godna!

[2]) Według Kühnego 5 minutowy wpływ pary eteru zabija Myxomycety. Claude Bernard wystawił na działanie pary eteru nasienie kiełkujące. Mimo sześciodniowego działania trującéj pary, ziarnka wcale nie straciły siły żywotnéj kiełkowania i dalszego rozwoju. I to dziwnie rozmaita odporność pierwoszczy.

[3]) Niektóre gatunki niższych ustrojów tak roślinnych jak i zwierzęcych, mogą żyć w dość silnie alkalicznych cieczach. Wszak znaném jest, że w słonych jeziorach Kalifornii wschodniéj, zawierających do 2.5% węglanu sodowego (*Petermanns geogr. Mitth.* 1877, p. 136) napotyka się grzybki, wymoczki, gąsienice, muchy i inne owady.

Spirochaete Obermeieri i gorączka powrotna.

Jakość kierunku badawczego medycyny spółczesnéj najdobitniéj objawia się w nauce o chorobach zakaźnych, o których dzień każdy coraz to nowe przynosi nam szczegóły, mające nam wyjaśnić istotę tych chorób. Na szczęście gorączkowa chęć wynajdywania coraz to nowych istot drobnowidowych „patogenetycznych“ zdaje się nieco słabnąć i ustępować miejsce refleksyi, życzeniu zużytkowania w sposób odpowiedni materyjału, który dotychczas nagromadziły pracownie fizyjologów i patologów. Jest to i naturalna i konieczna kolej rzeczy, wszakżeż świadomość o istnieniu pewnych mikroorganizmów w pewnéj chorobie żadną miarą nie jest poznaniem istoty choroby, brak nam bowiem odpowiedzi na pytanie najistotniejsze: Jakiż jest związek choroby z pasorzytem? Do téj pracy nawoływał przed niedawnym czasem Virchow, a zdaje się, że głos nestora berlińskiego nie pozostał bezskutecznym. Praca A l b r e c h t a, z któréj zdać mamy sprawę, chce na podstawie ścisłych badań nad pasorzytem gorączki powrotnéj wyjaśnić, o ile to w ogóle możebném, istotę téj tak zagadkowéj niemocy, znanéj i w naszych stronach z nagminnego jéj wystąpienia przed czterema laty. Istotnie dziwną wydawać się musi rzeczą, że pomimo tylu obserwacyj, tak licznych i silnych epidemij téj choroby, tak zawstydzająco mało o jéj pasorzycie wiemy. Nowsze poszukiwania mało co więcéj dodały nad to, co Obermeier wiedział, który w roku 1873 odkrył pasorzyta *Spirochaete Obermeieri* (do rzędu rozszczepnikowych grzybków *Schistomycetes* należącego), pomijając już w zupełności tę okoliczność, że przerzeczoną chorobę wzmiankują już angielscy autorowie w r. 1739, a zatém od 140 lat! Według Albrechta nawet pytanie, czy spirochety są przyrody pasorzytniczéj lub nie, czy podlegają zmianie generacyi lub nie, stanowczo jeszcze nie są rozstrzygnięte, a nawet co do postaci tych zagadkowych istot istnieje różnica zdań. Niemniéj jest niewytłumaczoném znikanie tych pasorzytów podczas apyreksyi i zjawianie się tychże w następującym po kilkodniowéj przerwie nawrocie choroby.

Wzmiankowana praca na kilka pytań stanowcze daje odpowiedzi, przyczém zwracamy uwagę i na to, że metoda, która doprowadziła autora do tak pięknych wyników, jest nową. Prócz obserwacyj na świeżéj krwi badał A. zachowanie się pasorzytów w preparatach mikroskopowych, przez ciąg kilkunastu dni, a zatém rozwój spirochet po za ustrojem pod szkiełkiem nakrywkowém preparatu. Co do postaci spirochet, podanéj przez jednych jako nitka falista, przez drugich jako wężownica spiralna (*spirale*), dowiadujemy się od A. że spirocheta rozwinięta, napotykana we krwi osób dotkniętych gorączką powrotną, przedstawia się w postaci nitki wężowato kilka razy okręconéj.

R u c h y spirochet bywają dwojakie, czynne i bierne,

te ostatnie wielką mają doniosłość tak przy powstawaniu, jak i przy znikaniu spirochet wśród apyreksyi. Ruchy czynne są albo wężowate, postępujące, wahadłowe itd. Bierne ruchy zależne są od prądu krwi i krążących w niéj upostaciowanych składników. Zmniejszona chyżość prądu krwi sprawia skupianie się spirochet w kłęby i sploty, które dostawszy się w ogólne krążenie wywołać mogą zatory i wynaczynienia. Najpiękniéj uwidocznia się ten wpływ osłabionego prądu na krwi trupiéj, przeciwnie przyśpieszona akcyja serca, a za nią szybszy prąd krwi, rozrywa sploty spirochet i unosi je w odległe zakątki ustroju. Że w istocie ruchy bierne wielką doniosłość tu mają, widać i z tego, że A. dostrzegł, jak spirocheta jeszcze nierozwinięta, złożona ze ziarenek ułożonych obok siebie w szeregu, przez poruszające się cialka krwi została wydłużoną i powoli przyjęła postać nitki wciąż się poruszającéj „falistéj“. Innym razem grudka nieregularnie ułożonych ziarenek, skutkiem ruchów ciałek krwi, ułożoną została w jednym szeregu; nie mniej mógł wiedzieć, jak z grudki „zarodków spirochetowych“ *(Spirochetenkeime)* skutkiem ruchu otaczającéj cieczy uwalniały się spirochety. W jaki sposób bierne ruchy wpływają na znikanie spirochet, poucza inny szereg obserwacyj. Spirochety obumarłe, bez ruchu, rozpadają się po niejakim czasie na ziarna, przypominające ułożeniem swém jeszcze kształt spirochet. Ruch otaczającéj treści rozprasza te ziarna tak, że w końcu wśród preparatu ani śladu spirochet, tylko rozrzucone ziarenka są widoczne. Stosując zjawisko to do człowieka wypowiedzieć można zdanie, że jeżeli spirochety z jakiegokolwiekbądź powodu obumarly, to skutkiem ruchu krwi, zderzenia się ze ścianami naczyń itd. zostają szybko zniszczone, niejako „zmiażdżone“.

(Dokończenie nastąpi).

Toussaint: **Poszukiwania nad gruźlicą.**

Praca autora znanego z pięknych rozpraw nad wąglikiem wzbogaca cennemi szczegółami i naukę o zaraźliwości gruźlicy. Badania te dają się w krótkości streścić w sposób następujący:

Treść wyciśnięta z płuc krowy gruźliczéj, wstrzyknięta na zimno lub ogrzana do 55—58°C. pod skórę królikom i świniom, wywołuje u wszystkich tych zwierząt zawsze gruźlicę, początkowo „miejscową“, późniéj ogólną, skutkiem któréj po niejakim czasie giną zwierzęta.

Wyciśnięty sok z mięsa świni gruźliczéj, z mięsa wystawionego dłuższy czas na działanie gorącéj pary, prawie zgotowanego, wstrzyknięty królikom również wywołuje u nich gruźlicę ogólną.

Spożywanie mięsa zwierząt gruźliczych przez osoby słabowite lub dzieci może, zdaniem autora, zgubne wywołać skutki.

Ślina i śluz z nosa zwierząt gruźliczych wywoluje (jak od dawna wiemy z poszukiwań Villemina) gruźlicę. Kilka kropli moczu wstrzykniętych w ucho królikowi również wywołuje gruźlicę, rzecz dotąd nieznana.

Limfę, wziętą z niesztowicy ospowéj dziecka zdrowego niedawno szczepionego, zaszczepił T. krowie gruźliczéj. Gdy u niéj rozwinęły się były skutkiem tego niesztowice ospowe, zaszczepił znów limfę wziętą ztąd czterem królikom i jednéj świni. Z wyjątkiem jednego królika zapadly pozostałe trzy zwierzęta na gruźlicę, do czasu, w którym Toussaint pracę ogłosił.

Z największą ostrożnością należy, w obec przymusowego szczepienia, wybierać zwierzęta i ludzi. *(Comptes rendus* T. XCIII, Nr. 5, 6). (Wszystkie doświadczenia autora wykonane były z wszelką dokładnością. Pomijając tę okoliczność że zwierzęta, na których obserwacyje były robione w ogóle nader są skłonne do gruźlicy i zapaleń serowatych, już po najsłabszych bodźcach u nich występujących, zwracamy tylko na jeden punkt uwagę: czyżby wpływ soku żołądkowego na spożyte mięso gruźlicze był tak nieznacznym, iżby injekcyja treści gruźliczéj pod skórę, a spożycie takiejże treści, w swych następstwach się nie różniły i zarówno były zgubne? *Przyp. Spraw.)* *Dr. Pisek.*

Bouchard Ch. **O infekcyjném zapaleniu nerek.**

Na Zjeździe międzynarodowym w Londynie, przedstawił B. wyniki swych poszukiwań nad infekcyjném zapaleniem nerek, tj. w sprawie, którą, równocześnie prawie we Francyi i Niemczech, wcześniéj anatomopatologowie późniéj i klinicyści, podnieśli. Kölliker jun., Birch-Hirschfeld, Klebs i inni stwierdzili nagromadzenie się mikrokoków w nerkach u zmarłych na chorobę infekcyjną. Cohnheim wstrzykując do krwi rozmaite gatunki schizomycetów stwierdził wydzielanie się ich moczem, a Marix w tych samych doświadczeniach wykazał albuminuryję. Klinicyści wprawdzie dawno już wiedzieli, że w przebiegu chorób zakaźnych nieraz ma miejsce białkomocz, że w pewnéj części tych przypadków stwierdzono przypady uremiczne, że w takich razach nerki przy nekroskopii przedstawiały zmiany odpowiadające zapaleniu; że jednak to zapalenie nerek w chorobach zakaźnych jest zapaleniem *sui generis*, zapaleniem zakaźném, wywołaném obecnością mikrokoków, to wykazano w ostatnich czasach, a zasługa zarówno Francuzom jak i Niemcom przypada. W Niemczech całą sprawę zestawił Kannenberg *(Uiber Nephritis bei acuten Infektionskrankheiten. Zeitschrift f. kl. M.* T. 1, 2, 3 r. 1880), we Francyi Renaut, Landouzy, Gaucher, a szczególniéj Bouchard, z którego pracy chcę zdać właśnie sprawę. Dla jaśniejszego przedstawienia rzeczy muszę wspomnieć przedtém, że Bouchard w roku przeszłym *(Bulletins de la Société clinique de Paris 25 jun.* 1880 p. 100) wykazał, że białko w moczu ma rozmaite własności fizyczne stósownie do tego, czy takowe pokazuje się w moczu skutkiem zapalenia nerek lub jakiegoś ogólnego zaburzenia organizmu, a mianowicie, że po dodaniu kw. azotowego, zagotowaniu itd. albo białko ścina się zupełnie, a reszta płynu pozostaje przeźroczystą, albo płyn po zastósowaniu odczynnika przedstawia się w całości mniéj lub więcéj mętnawy, a wydzielenie białka w postaci pierścienia albo wcale nie ma miejsca albo dopiero po odstaniu. Pierwszą formę nazywa B. *„albumine rétractile“* i tę stwierdzamy w przekrwieniach, zapaleniach nerek; drugą formą *„albumine non rétractile“* ma miejsce już to w pewnych przypadkach ostrych chorób gorączkowych (bez zmian w nerkach) jak np. zapaleniu płuc, opłucnéj itd. już to w niektórych chorobach niegorączkowych np. w cukrówce, blednicy, otyłości, rekonwalescencyi itd. Jedném słowem *„albumine rétractile“* odpowiada zmianom w nerkach, *„albumine non rétractile“* świadczy o jakiémś zaburzeniu w przemianie istot azotowych, które w skutek tego nie mogą być zatrzymane przez prawidłowy aparat filtrowy téj nerki.

Opierając się na tém spostrzeżeniu B. badał w tym kierunku wszystkich chorych dotkniętych temi chorobami zakaźnemi i dostrzegł, że w chorobach zakaźnych mamy już to jednę już to drugą formę białkomoczu, że np.

z 65 chorych na tyfus brzuszny u 21 można było wykazać „*albumine retractile*,“ a mocz w takim razie zawierał mikrokoki i to dopóty, dopóki białko można było wykazać, mikrokoki przedstawiały te same własności, co mikrokoki znajdujące się u tych chorych we krwi i we wszystkich wydzielinach patologicznych. Na 21 przypadków 9 zakończyło się śmiercią, a nekroskopija wykazała zmiany zapalne w nerkach i mikrokoki. W dalszych poszukiwaniach B. widział tę samą zmianę w 12 innych chorobach zakaźnych, a mianowicie: 1) *febris puerperalis*, 2) *herpes febrilis*, 3) *morbilli*, 4) *erysipelas*, 5) *osteomyelitis*, 6) *amigdalitis acut. infect.* 7) *pseudorheumatismus*, 8) *typhlitis ulcerosa*, 9) *dysenteria*, 10) *angina diphtheritica*, 11) *phthisis pulm.*, 12) *bronchitis purulenta*, 13) *hydrophobia*. Do tego szeregu dodać musimy jeszcze obserwacyje zebrane przez innych, tj. 13) *scarlatina*, 14) *variola*, 15) *endocarditis ulcerosa*, 16) *meningitis cerebrospinalis*.

Obraz anatomopatologiczny takiéj nerki jest następujący: nerka w całości powiększona, powierzchnia torebki i jéj przyczepienie prawidłowe, istota korowa na przekroju przedstawia się jużto szarą jużto więcéj różową z wyraźnemi białawemi prążkami. Pod mikroskopem stwierdzamy, że pętle Henlego (*ansae Henlei*) są nietknięte, dość znaczne zmiany zapalne w *tubuli recti*, a najwyraźniejsze w *tubuli contorti*. W tych ostatnich komórki przybłonkowe (które jeszcze pozostały) są napęczniałe z istotą komórkową mocno ziarnistą, a *hematoxylina* nie zabarwia ich jąder; światło kanalików jest zapełnione jużto tak zmienionemi komórkami już to istotą koloidową lub ciałkami krwi. Ciałka Malpighiego przedstawiają się mniéj więcéj prawidłowo, czasami jednak torebka ich jest rozdęta przez krew lub istotę koloidową. W świeżych nerkach łatwo bardzo stwierdzić obecność licznych mikrokoków już to w tkaninie interstycyjalnéj już to w samych kanalikach. Objawy takiego zapalenia nerek zakaźnego niekiedy są tak wybitne, że mimo groźnych przypadów choroby pierwotnéj zwracają uwagę lekarza na tę komplikacyję. Najważniejsze z nich są: 1) białkomocz (*albumine rétractile*) 2) stwierdzenie mikrokoków w moczu już to pojedyńczo już to poukładanych w waleczki, 3) mocz zwykle mętny, 4) chory żali się na bóle w okolicy lędźwiowéj, niekiedy uskarża się na pewne upośledzenie wzroku, 5) czasem można stwierdzić lekkiego stopnia obrzęklinę, 6) w kilku przypadkach rozwinął się obraz uremii.

Rokowanie po wystąpieniu tego powikłania wśród przebiegu znacznie się pogarsza. Komplikacyja ta najczęściéj pojawia się na szczycie pierwotnéj choroby, chociaż w rzadkich przypadkach może się rozwinąć z początku lub w samym końcu choroby, a nawet w rekonwalescencyi. Trwanie jéj rozciąga się do 3—8 dni, po upływie tego czasu albo kończy się śmiercią albo ustępuje. Zachodzi tu jednak ważne pytanie, czy to ustąpienie jest zupełne, czy z téj formy ostre zapalenie nie może przejść następnie w formę przewlekłego. Pytanie to B. twierdząco rozstrzyga, miał bowiem sposobność obserwować 4 przypadki, gdzie zapalenie nerek rozwinięte z przebiegiem początkowym ostrym następnie przeszło w chroniczne; z tych jeden zakończył się śmiercią, a sekcyja wykazała „dużą białą nerkę.“ Ta obserwacyja zasługuje na szczególniejszą uwagę, gdyż rzuca nam trochę światła na ciemną dotychczas etyjologiję chronicznego zapalenia nerek.

Ze statystyki B. wynika, że choroby zakaźne mają pewne powinowactwo do nerek, podobnie jak reumatyzm stawowy do serca tak, że możnaby ułożyć następującą proporcyję: powikłanie ze strony nerek tak się ma do chorób zakaźnych, jak powikłanie ze strony serca do gośćca.

Zmiany te w nerkach są wynikiem obecności w nich mikrokoków, jakkolwiek trudno odpowiedzieć, w jaki sposób te ostatnie działają, czy przez upośledzenie odżywienia tkaniny przez zaczopowanie doprowadzających naczyń lub też przez swój rozwój i przemianę, wytwarzając jakąś istotę drażniąco działającą itd.

W końcu swéj rozprawki zwraca B. uwagę na okoliczność ważną dla higijeny publicznéj, aby dla zapobieżenia przeniesieniu się choroby na inne osobniki postępować z moczem podobnie jak się postępuje z innemi wydzielinami u takich chorych; a uwaga ta nie jest tylko wyrozumowaną, lecz popartą doświadczeniem, albowiem B. wywoływał choroby zakaźne przez wstrzyknięcie podskórne moczu chorych, którzy byli dotknięci zakaźnem zapaleniem nerek. (*Revue de médecine* Nr. 8, r. 1881). *Dr. A. Gluziński.*

Prof. E. Hofmann: **O ranach kłótych pod względem narzędzia użytego i rozpoznawania tegoż.**

(Ciąg dalszy i dok. Patrz Nr. 47).

Przyczyna tego zjawiska jest prostą: ponieważ każda rana kłóta zadana nożem jest właściwie raną rzniętą, wywołana przez ostrze noża, więc w obec tępości ostrza rana nie będzie rzniętą, lecz właściwie kłótą, a tém samém i węższą. Jeżeli koniec noża jest ostrym, ostrze zaś tępém, wtedy pierwszy wywołuje odpowiednią szczelinę, która po głębszém wtargnięciu narzędzia mało co lub wcale nie rozszerza lecz tylko rozciąga się i zwęża znów po wydobyciu narzędzia. Można przekonać się o tém wkłówając nóż powoli: widzimy wtedy, że śród wkłówania skóra zagłębia się lejkowato, śród wydobywania zaś noża otacza tenże szczelnie, a nawet stożkowato wypukla się i powoli od narzędzia odchodzi. Rozciągliwość ta skóry objawia się także i w ranach postrzałowych i ztąd się tłumaczy, że jeżeli strzał pada z daleka, otwór wejścia pocisku zazwyczaj znacznie jest mniejszy od pocisku samego; tak np. po wejściu kuli pistoletowéj pozostaje czasem otwór wielkości soczewicy, po kulach zaś rewolwerowych czasem otwory wielkości główek szpilkowych. — Jeżeli zaś nie tylko ostrze ale i koniec noża są tępemi, wtedy nóż działa tak jak narzędzie stożkowate, to jest wywołuje szczelinę w kierunku anatomicznéj rozszczepialności skóry, i to także szczelinę krótszą od szerokości ostrza, a różnica jest tém większą, im szerszém jest narzędzie. I w takich razach skóra przebita rozciąga a następnie skurcza się. O rozciąganiu zaś skóry przekonać się można, przynajmniéj w przypadkach świeżych, po śladach ugniecenia jéj, pozostałych a odpowiadających bądź grzbietowi, bądź ostrzu tępemu, bądź wreszcie innemu miejscu narzędzia, jeżeli takowe było wielokrawędziastém. W podobny sposób tłumaczy się powstanie „pasa oparzelinowego“ w ranach postrzałowych. Kula wbijając się w skórę ugniata ją w obszarze odpowiadającym swéj objętości, wywołuje więc obok małego otworu otarcie przyskórka w pasie pogranicznym, a gdy późniéj pas ten jako przyskórka pozbawiony zasycha pergaminowo, przedstawia się jakoby oparzony.

W kościach zwłaszcza czaszkowych, z powodu plastyczności tkaniny kostnéj, postać ran kłótych odpowiada przekrojowi użytego narzędzia. Na uwagę atoli zasługuje okoliczność, że po użyciu nawet bardzo ostrych lub śpiczastych narzędzi zazwyczaj szczelina kostna łączy się z od-

chyleniem lub odszczepieniem brzegów, zwłaszcza po stronie wewnętrznéj. Dzieje się to głównie wtedy, jeżeli koniec narzędzia jest tępym; wtedy odszczepiają się blaszki małe, które przez pchnięcie wgniecione zostają w mózgowie. Ale i blaszka zewnętrzna czasem się odszczepia, a to głównie wtedy, jeżeli narzędzie nie działa pionowo, lecz ukośnie. — W skutek ukłócia nożem może nastąpić i pęknięcie kości czaszkowych i to w dwojaki sposób: albo skutkiem ukośnego wtargnięcia noża odszczepienie brzegów nie ogranicza się do blaszki zewnętrznéj, lecz przenika całą kość, — albo pęknięcie następuje w osi podłużnéj szczeliny wywołanéj narzędziem kłójącém, tak że ostatnia w obydwóch swych końcach przechodzi w pęknięcie. Ponieważ kości czaszkowe kostnieją promienisto, zdawać się mogło, że i rozszczepialność ich pozostawać będzie w jakimś stosunku do owéj sprawy kostnienia. Doświadczenia atoli nie wykazują takiéj rozszczepialności; po ukłóciach narzędziem stożkowatém zawsze powstają otwory okrągłe. Robiąc takie otwory przekonać się można, że nierównie prędzéj kości czaszkowe pękają, jeżeli się wkłówa nóż gruby, aniżeli jeżeli się wkłuwa narzędzie stożkowe; pochodzi to zapewne ztąd, że szczelina powstająca po wkłóciu noża już sama przez się jest początkiem pęknięcia, podczas gdy narzędzie stożkowe zrazu robi tylko mały otwór, a następnie tak od blaszki zewnętrznéj jak i wewnętrznéj odszczepiają się kawałki pierścieniowate, mniéj lub więcéj szerokie.

Rany kłóte w częściach miękkich zachowują się w podobny sposób, jak w skórze. Oś podłużna szczelin wywołanych narzędziem stożkowém lub tępém odpowiada rozszczepialności miejscowéj. Widać to najlepiéj na sercu, na żołądku, jelitach i tętnicach większych. Na żołądku zwłaszcza powstają po nakłóciu w warstwie surowiczéj szczeliny poprzeczne, dość równolegle do krzywizn żołądkowych przebiegające. Pod temi szczelinami atoli widzimy inne w błonie mięsnéj, powstałe w skutek rozstąpienia się włókien mięsnych, a ponieważ tak na ścianie przodkowéj jako i tylnéj żołądka przeważają włókna okrężne, więc szczeliny te ustawione są albo poprzecznie albo ukośnie do osi podłużnéj żołądka; wzdłuż krzywizny mniejszéj atoli przebiegają one równolegle do téj ostatniéj, ponieważ tam przeważają włókna podłużne. Wreszcie widać trzeci szereg szczelin w błonie śluzowéj, znów przebiegających symetrycznie, ale odmiennie od poprzednich. W podobny sposób zachowują się jelita. Najlepiéj atoli widoczną jest rozszczepialność regularna w aorcie i innych większych tętnicach, równoległa do przebiegu włókien mięsnych okrężnych. Wkłócie narzędziem do noża podobném o tępém ostrzu, np. jataganem, zawsze wywołuje szczelinę poprzeczną, bez względu na to, czy narzędzie działa poprzecznie, ukośnie lub nawet równolegle z osią podłużną naczynia. Rozszczepialność ta zapewne nie jest bez znaczenia w przypadkach urazowego pęknięcia aorty lub większych tętnic; jakkolwiek bowiem urazowe pęknięcie większych naczyń tętniczych zdarza się rzadko, to jednak we wszystkich przypadkach, które autor widział, pęknięcie nie było poprzecznem, co tłumaczy się tém łacniéj, o ile i błona wewnętrzna tętnic posiada rozszczepialność poprzeczną. Wyjątek stanowi błona wewnętrzna łuku aorty. Jeżeli więc tętnica przecięta okazuje rozmaite szczeliny w poszczególnych swych warstwach, możemy stanowczo twierdzić, że obrażenie zadane zostało narzędziem stożkowatém lub tępém, narzędzie bowiem ostre przecina wszystkie warstwy w jednym i tym samym kierunku bez względu na rozszczepialność warstw.

W końcu autor przypomina, że i w ranach postrzałowych rozszczepialność skóry wielką odgrywa rolę, a byliśmy świadkami prób odbytych w wiedeńskim zakładzie sądowo-lekarskim za pomocą broni palnéj, które wykazały analogiję do pewnego stopnia zachodzącą pod tym względem pomiędzy ranami kłótemi a postrzałowemi, jakotéż doświadczeń czynionych za pomocą rozmaitych narzędzi kłójących; znamy téż preparata, do których autor w rozprawie swéj się odwołuje, a które uzmysłowia wiernie załączona tablica. (Osobne odbicie z *Med. Jahrbücher* 1881, in 8vo str. 23).

L. Blumenstok.

Wiadomości pomniejsze.

Köhnhorn udowadnia w obszernéj pracy opartéj na 300 przypadkach w ciągu 8 lat obserwowanych, że dławcowe zapalenie płuc nie jest ani chorobą miejscową, ani chorobą z zaziębienia powstałą, lecz ściśle chorobą zakaźną. Zwraca między innemi szczególnie uwagę na nagminne wystąpienie, niezależne wcale ani od zimniejszych krajów lub zimniejszych pór roku; równoczesne wystąpienie w tychże samych miejscowościach duru i zimnicy; specyficzny (właściwy) przebieg zapalenia płuc w przeciwstawieniu do chorób, uważanych jako z przeziębienia powstające *(Laryngitis, Bronchitis)*; rozpoczyna się od objawów ogólnych, dreszczu a nie objawów miejscowych. *(Eulenburgs Vierteljahrschrift f. ger. Med. u. öff. Sanit. Neue Folge* Bd. 35, H. 1).

Dr. Pisek.

III. Rozprawa Sebastyjana Petrycego o kile.

Rzecz czytana na IIIcim Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie, dnia 22go lipca r. 1881
przez Dra Leopolda Glücka.

(Dokończenie. Patrz Nr. 47).

Wiadomo szanownym Kolegom, że w ciągu trzech ostatnich wieków cztery głównie wymieniono teoryje o pochodzeniu i starości kiły. Pierwsi jéj spostrzegacze, jak np. Cumanus, uważali kiłę za zupełnie nową i nigdy przedtém niespostrzeganą chorobę. Inni autorowie, za przewodem Piotra Maynarda i Paracelsa, sądzili, że się kiła z innych chorób a mianowicie z trądu rozwinęła. Trzecie między lekarzami upowszechnione zdanie, które pierwszy wyrzekł Oviedo, a za nim najlepsi autorowie 16go, 17go i 18go wieku z rozmaitemi odmianami powtarzali, że kiła z innych części świata do Europy się dostała. Szczególniéj oskarżano Amerykę, czyli, jak ją zrazu zwano, Indyje. Czwarte wreszcie zapatrywanie, już w r. 1497 przez Leonicena wypowiedziane, a przez Henslera, Rosenbauma, Littrégo, Hirscha dowodami z historyi starożytnéj i średniowiecznéj czerpanemi poparte opiewa, że kiła już w starożytności istniała. Petrycy należał widocznie do zwolenników amerykańskiego pochodzenia kiły i zwalcza mniemanie, jakoby się ona z innéj choroby przekształciła była.

Przebieg choroby kreśli Petrycy pokrótce w następujący sposób: *Incipiens potentia est, ubi in pudendo ulcera apparent: quod de iis intelligi velim, qui coitu hunc tyrannum accersunt ubi mutatio caloris in facie est, corporis totius igna-*

via, sollicitudu, somnolentia interrupta, quae partim ob viciatum alimentum, partim ob vapores turbulentos, qui cerebrum exagitant fiunt. Augescens potentia est huius tyranni, cum inflammantur inguina in jecore massa sanguinis inficitur. Ad summum autem redacta censetur, cum adsunt ingentissimi dolores ulcera, tabe manentia, jecoris substantiae corruptio, tumores seu gummata, pilorum defluvium. (Concl. IV. 13).

Komuż nie przypomni ten zarys przebiegu kiły podziału Ricorda na kiłę pierwszo- drugo i trzeciorzędną, który jeszcze dotychczas ma licznych między lekarzami zwolenników. Przed Petrycym jednak już Fernel, Brassavolus i inni dzielili przebieg kiły na trzy okresy z tą tylko różnicą, że różni autorowie rozmaite w pojedyńczych okresach mieścili objawy.

Oprócz powyższych zalicza Petrycy jeszcze następujące objawy do kiły: rzeżączkę, zwężenie cewki, wysypki na ciele, wrzody w nosie i gardle i podniebieniu, nerwobóle, *caries* kości, rozwolnienie i dzwonienie w uszach.

Wiadomém jest szanownym Kolegom, że już w pierwszych opisach kiły, jakie nam Benedetti, Torella, Cumanus, Leonicenus, Widmann, Hock, Amenar i inni podali, ciż autorowie mówią o cierpieniach skóry i kości; rzeżączkę jednak dopiero Paracelsus w r. 1529, a po nim Musa Brassavolus, do objawów kiły zaliczył. Na dzwonienie w uszach zwrócił uwagę Fallopia.

Drugą połowę swéj rozprawy poświęca Petrycy leczeniu kiły, oto krótka treść jego pod tym względem mniemań. Kiłę trzeba leczyć tak samo jak wszystkie inne choroby, to jest trzeba przedewszystkiém rozpoznać chorobę, a następnie stosować się do pojedyńczych wskazań. Przystępując do choroby uwzględnić należy napięcie choroby, siły chorego i części dotknięte. W chorobie poczynającéj nie trzeba stosować leków silnie działających, jak z drugiéj strony nie trzeba ograniczać się do środków słabszych w przypadku rozwiniętéj już choroby, przyczém jednak zawsze siły chorego uwzględniać należy. Jeżeli serce, mózg, wątroba, żołądek lub płuca są nadwerężone, ostrożnie leczyć trzeba. Szczególniéj ciężką jest choroba dziedziczna, która przez długi czas w ciele się ukrywała i po wielu latach na nowo występuje. Gorączkę kiłową tém trudniéj wyleczyć, im jest większą.

Trzy rodzaje środków leczniczych poleca Petrycy: dyjetetyczne, chirurgiczne i farmaceutyczne. Dyjeta powinna być stosowaną do przyrody chorego, a zwłaszcza: *Si natura aegri fuerit sicca, humor redundans siccus, victus humidus convenit, si natura aegri fuerit humida, humor redundans fluidus, victus siccus competit.* Nie może śmieszyć ta uszom naszym dziwnie brzmiąca reguła, gdy przypomnimy sobie, że fizyjologija trawienia, ta podstawa racyjonalnéj dyjetetyki, dla lekarzy szesnastego wieku była nieznaną krainą. W kile zalecano w ogóle skromne i regularne życie, widząc w niém ważny czynnik pomocniczy.

Do środków chirurgicznych w leczeniu kiły używanych zalicza Petrycy w pierwszym rzędzie upust krwi i daje szczegółowe wskazania, kiedy którą należy otwierać żyłę. Obok tego zaleca i jątrzniki *(fonticuli)*, szczególniéj przy bólach kostnych.

Ze środków farmaceutycznych poleca Petrycy gwajak, sarsaparillę, drzewo chinowe, sassafras, a w końcu i rtęć. Znaném jest szanownym Kolegom z historyi kiły, że od początku szesnastego wieku aż do naszych czasów ciągła toczy się walka między zwolennikami rtęci a jéj przeciwnikami. W drugiéj połowie XVIgo wieku przeciwnicy tego środka przewagę osiągnęli i wszyscy prawie autorowie tego okresu, począwszy od Huttena, tj. od 1519 aż do Rudiusa, tj. do 1604 roku wychwalają dzielność gwajaku. Z tém wszystkiém jednak każdy z nich zaleca w danym przypadku maść ze znienawidzonéj rtęci, któréj przekleństw nie szczędzą. I tak np. nazywa ją nasz Oczko „smokiem“, a mimo to poleca ją do „mazańia“ i „kurzeńia“. Nie byli lekarze szesnastego wieku, jak twierdzą niektórzy pisarze naszych czasów, antymerkuryjalistami w naszém rozumieniu, jakim jest np. Hermann we Wiedniu, walczyli oni tylko przeciw nadużyciu tego środka. Trzeba podziwiać siły ówczesnéj generacyi, która znosiła te tortury lecznicze, tak pięknie opisane przez Oczka. Zamykano chorego do małéj, mocno ogrzanéj izdebki i tak długo go całego maścią rtęciową nacierano, póki nie wystąpił ślinotok, a gdy się tenże przypadkiem nie pokazał, smarowano daléj „póty starczyło życia w chorym lub maści w słoiku“. I Petrycy zaleca przedewszystkiém odwar gwajaku lub sarsaparilli, a tylko w razach wyjątkowych rtęci. Przed przystąpieniem do właściwego leczenia trzeba choremu dać na przeczyszczenie, co nazywa „praeparatio“, a dopiero następnie ma chory pić 2 razy dziennie, t. j. z rana i wieczór, odwar gwajaku, a po każdém piciu pocić się w łóżku kilka godzin. Kadzeń cynobrem, jako szkodzących płucom, nie zaleca.

Obok leczenia ogólnego poleca Petrycy leczyć chorego miejscowo, i tak np. radzi pęcherze na ciele wysuszać *aqua forti attemperata* albo *aqua plantaginis cum alumine cocta.* Wrzody na częściach rodnych, których rozróżnia trzy rodzaje, a mianowicie *ulcus, ulcus callosum* i *ulcus contumax*, trzeba oczyszczać proszkiem Vigona zmięszanym z maścią białą lub téż samym proszkiem, jeżeli wrzód jest stwardniałym; jeżeli zaś wrzód jest *contumax*, co odpowiada naszemu wrzodowi fagedenicznemu, użyć trzeba maści rtęciowéj. Uważając rzeżączkę za owrzodzenie błony śluzowéj cewki moczowéj zaleca wstrzykiwania: *Detergendum est ulcus symphone liquido medicamento intus injecto, deinde cicatrix inducenda.* Jeżeli się następnie wytworzy zwężenie *(verruca vel carnis tuberculum)*, to trzeba zapychać cienkie świeczki woskowe, *(haec tollenda erit candela cerea subtili, cujus summitas unguento consumendi vim habente illinatur, intus indita usque ad tuberculum, quoad illinatur illo unguento).*

Krótka ta i przedmiotowo zestawiona treść rozprawy Sebastyjana Petrycego wystarczy szanownym Kolegom do jéj ocenienia. Nie jest to wprawdzie praca epokę stanowiąca lub mogąca wpłynąć stanowczo na zapatrywania i wierzenia ówczesnych lekarzy, gdyż oparta jest całkiem na układzie Gallena i jego teoryjach, mimo to jednak nie powinnaby, jak dotychczas, być milczeniem pomijaną, chociażby tylko dla zdań o rzeżączce wyrzeczonych, któremi, powtarzam, Petrycy o wiek cały współczesnych wyprzedził.

Kończąc niech mi jeszcze wolno będzie złożyć podziękowanie p. Estreicherowi, dyrektorowi biblijoteki Jagiellońskiéj, który zwrócił uwagę moją na powyższą rozprawę.

Listy z Warszawy.

III.

Treść: Projektowana klinika okulistyczna. — Wielka liczba studentów uczęszczających na kursa lekarskie w roku bieżącym. — Kandydaci na katedrę hygijeny. — Instytut szczepienia ospy przy szpitalu Dzieciątka Jezus. — Owaryjotomija.

Klinika okulistyczna, któréj brak w naszym Uniwersytecie coraz bardziéj czuć się daje, weszła znowu na po-

rządek dzienny. Klinika ta istniała długi czas w szpitalu Śgo Ducha, jednym z lepszych warszawskich szpitali, w którym pomieszczone są kliniki: terapeutyczna Lambla i chirurgiczna Kosińskiego. Przed ośmioma laty jednakże naczelny lekarz tego szpitala, skutkiem jakiegoś sporu z profesorem oftalmologii, zamknął tę arcypożyteczną instytucyję. Takie nieporozumienia pomiędzy władzami uniwersyteckiemi a szpitalami są u nas bardzo częste i wynikają ztąd zawsze smutne następstwa dla jednéj lub drugiéj instytucyi, a pośrednio dla ogółu.

Istnieje u nas Instytut oftalmiczny fundacyi Lubomirskich. W pięknym, nie dawno zbudowanym, gmachu znajdują tu pomieszczenie chorzy na oczy, a opiekunem jego jest jeden z książąt Lubomirskich. Instytut ten jest wzorowo prowadzony przez Szokalskiego w charakterze lekarza naczelnego i Gepnera jako ordynatora. Najwłaściwiéj byłoby, gdyby klinika uniwersytecka w tym instytucie była pomieszczona, ale trudności przedstawiają się przytém nie do przezwyciężenia. Przedewszystkiém potrzeba na to zezwolenia książąt Lubomirskich, którzy takowego stanowczo odmawiają. Potém w instytucie tym, którego rozmiary są bardzo małe, znajdują się niewielkie pojedyńcze pokoje, w których chorzy leczący się płacą, więc w żaden sposób nie można ich użyć za przedmiot demonstracyj klinicznych. Są wprawdzie dwie małe, niby ogólne salki, każda na sześć łóżek, ale i tu pacyjenci także płacą, choć umiarkowaną cenę, więc trudno wprowadzać do nich po 90 lub 100 studentów; wreszcie nawet i miejsca na to w nich nie ma, a o urządzeniu oddzielnego audytoryjum ani mowy być nie może, gdyż w całym gmachu nie ma pokoju, któryby się dał na ten cel użyć. Przeszkody te są bardzo ważne i prawie nigdy usunięte być nie mogą, a władza uniwersytecka zrozumieć tego nie może czy nie chce i gwałtem przy swojém się upiera.

W obec takiego stanu rzeczy nie pozostaje nic innego, jak tylko urządzić klinikę okulistyczną w największym ze szpitali warszawskich w szpitalu Dzieciątka Jezus. Położenie we środku miasta, obszerne sale, liczne ambulatoryjum czynią ten szpital bardzo odpowiednim na ten cel, ale znowu naczelny lekarz kładzie swoje *veto* i kto wie czy argumentacyja jego nie jest do pewnego stopnia słuszna. Widzimy, jak trudne jest wyjście z tego kłopotliwego położenia, a jednakże tak długo pozostać nie może. Lekarze, którzy od lat kilku kończą fakultet, wchodzą w praktykę nie widziawszy ani jednéj choroby ocznéj! Jeżeli lekarz taki dostanie się na prowincyję, jakże da on sobie radę z licznemi chorobami organu wzroku? Jak wyjdą na tém pacyjenci tacy, którzy pod jego kuracyję się dostaną? Załatwić tę sprawę koniecznie trzeba i to w najkrótszym czasie, a doprowadzić to można tylko przy wzajemnych ustępstwach, czego dobro ogółu usilnie wymaga i o co prosimy w imieniu cierpiącéj ludzkości.

Że sprawa jest pilna, najpilniejsza, jaką Uniwersytet ma do załatwienia, wnosić ztąd jeszcze możemy, iż napływ studentów na Wydział lekarski jest ogromny i z każdym rokiem się powiększa.

W bieżącym roku szkolnym uczęszcza do Uniwersytetu 1008 studentów (w r. 1877/78 było tylko 525), a z tych 513, a zatém przeszło połowa, studyjuje medycynę. Pierwszy kurs tegoroczny liczy aż 195 studentów, drugi 116, trzeci 96, czwarty 70, a piąty 36.

Napływ studentów na pierwszy kurs lekarski w tym roku tak był wielki, iż nie przyjmowano już próśb, gdyż pomieszczenie takiéj wielkiéj ilości uczących się byłoby w naszych audytoryjach, klinikach, pracowniach absolutnie niemożliwe.

W obec tak znacznéj ilości uczących się medycyny systemat nauczania, a zwłaszcza wykładów klinicznych, powinien być bezwarunkowo zmieniony. Stu studentów tłoczących się do łóżka chorego nie może korzyści odnieść. Systemat wykładania medycyny praktycznéj przez każdego ordynatora szpitalnego dałby się u nas doskonale zastosować i byłby z wielką dla uczących się korzyścią.

Po zmarłym śp. Wisłockim, wykład hygijeny i policyi lekarskiéj powierzono tymczasowo prosektorowi anatomii patologicznéj i docentowi Przewóskiemu. Rozmaici kandydaci starają się o tę katedrę, ale na nieszczęście nikt z tutejszych nie ma żadnych widoków. A szkoda wielka, gdyż profesor hygijeny powinien więcéj niż wykładający inne przedmioty być obywatelem kraju. Wszystkie komitety sanitarne, wskazówki do reform hygijenicznych, zaprowadzenie różnych ważnych dla kraju i miasta instytucyj sanitarnych powinny być jego dziełem, a przynajmniej powinien on ważny w nich mieć udział. Tymczasem cudzoziemiec, niemający żadnéj łączności z naszém społeczeństwem, przybywający dzisiaj dla tego, żeby nas jutro opuścić, w razie jeżeliby mu gdzieś lepsze podano warunki, oczekiwań tych naszych nie ziści, a jeżeli ziści, to stanowić będzie prawdziwie fenomenalny wyjątek. Te same obawy wypowiadałem przed kilkoma laty po śmierci śp. Fudakowskiego, a obawy te, niestety, aż nadto się sprawdziły.

Najwięcéj widoków objęcia téj katedry ma podobno prof. Skwarcow, zdolny teoretyk, który od lat 10 wykłada hygijenę w Kazaniu.

Pisma nasze nielekarskie podjęły w ostatnich czasach głos w sprawie szczepienia ospy. Powiadają, iż szczepienie odbywa się u nas bardzo niedokładnie, limfy do szczepienia nie ma w dostatecznéj ilości, nadto twierdzą, iż instytut szczepienia nie ma odpowiedniego pomieszczenia i szczepienie bezpłatne odbywa się w ambulatoryjum szpitalném, tam gdzie dzieci chore na ospę, szkarlatynę itd. godzinami czekają, aż kolej na nich przypadnie. Dzieci zdrowe przypuszczone do szczepienia zarażają się tam i zarazę po całém mieście roznoszą. Szpital Dzieciątka Jezus ma swój własny dom, niemający żadnéj z chorymi łączności, a w którym mieszkania odnajmuje, to też słusznie radzi *Gazeta Warszawska*, żeby, jeżeli inaczéj nie można, w tym domu jaką izbę wybrano i tam szczepienie bezpłatne odbywano.

Dowiadujemy się przy téj sposobności, iż Rada Państwa, jeszcze w lutym 1879 roku, wyznaczyła fundusz na prowadzenie instytutu szczepienia ospy podług ostatnich wyników nauki, ale fundusz ten dotychczas jeszcze użytym nie został, dla tego, iż projektu odpowiedniego nie wygotowano i nie posłano do zatwierdzenia Ministerstwu.

Podobno jednak kwestyją tą energicznie obecnie się zajęto i jest nadzieja, iż od Nowego roku instytut szczepienia ospy zreformowany i zasobny w środki materyjalne funkcyjonować zacznie.

Od jakiegoś czasu nie powodzi się naszym chirurgom z owaryjotomijami. Ostatnia, wykonana w szpitalu starozakonnych, śród względnie sprzyjających warunków co do stanu choréj, zakończyła się śmiercią, która w cztery dni po operacyi nastąpiła. Złe powietrze szpitalne i smutne warunki hygijeniczne nie mało przyczynić się musiały do tego smutnego zejścia.

Warszawa, d. 19 listopada 1881. β.

IV. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W Krakowie obniżyla się w 48 tygodniu (od 13 do 19 listopada) ogólna śmiertelność z 37,2 do 32,5. Z ospy umarło 2, (5 z. t.), z płonicy 3 (0 z. t.), z błonicy 2 (3 z. t.), z krztuśca 1 (3 z. t.), z gorączki połogowéj 1 (0 z t.), z róży 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 5 przypadkach ospy, 2 płonicy, 3 krztuśca, 1 duru osutkowego (z Krowodrzy), 1 z róży. W tygodniu 44 (23 do 29 październik) ospa w Londynie utrzymywała się w jednakowém nasileniu. Umarło 24, leczyło się w szpitalach 476, świeżo zapadło 81. W Wiedniu umarło 17, w Budapeszcie 15, w Paryżu 10, Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 5, w Londynie, 4, w Barcelonie 17, w Madrycie, 5. W Aleksandryi umarło z czerwonki 16, w Maladze, 9. W Chrystyjanii panuje odra. W pierwszéj połowie września umarło 1 z febry żółtéj w Rio de Janeiro.

Statystyka śmiertelności W tygodniu 44 (do 29 października) umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 19.4; we Lwowie 24.7; w Poznaniu 20,9; w Wiedniu 26,6; w Budapeszcie 29,3; w Pradze 26,1: w Tryjeście 32,1: w Berlinie 21,9; w Wrocławiu 27.3; w Mnichowie 29,8; w Gdańsku 22,0; w Dreźnie 20,5; w Lipsku 21,6; w Bazylei 16.7; w Brukseli 18,6; w Amsterdamie 24.7; w Hadze 17,6; w Paryżu 25.7; w Londynie 21,6; w Kopenhadze 20,3: w Stokholmie 20,1; w Chrystyjanii 16,5; w Petersburgu 35,1; w Odesie 28,5; w Rzymie 21.1: w Wenecyi 25,5; w Bukareszcie 21,8; w Madrycie 38,7; w Lizbonie 30,1; w Aleksandryi 44,9; w Nowym Jorku 30.5; w Filadelfii 20,8; w Bombaju 27,1. *J. B.*

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 24 listopada. Grono lekarzy naszych poniosło dotkliwą stratę. Wczoraj nad ranem umarł po 8mio-dniowéj chorobie Dr. Wincenty Kułakowski, asystent kliniki chorób dziecięcych, w 30tym roku życia. Zapalenie otrzewny w następstwie skręcenia jelita powstałe położyło kres życiu zacnego i pracowitego kolegi, pomimo usilnych starań lekarzy i pomimo uskutecznienia laparotomii. Ś. p. Kułakowski urodził się dn. 22 stycznia 1852 r. w Podgórzu pod Krakowem, kształcił się w Krakowie i tu uzyskawszy stopień doktora w. n. lek. od lat kilku pracował w szpitalu Śgo Ludwika jako asystent prywatny i dopiero przed miesiącem, po usystemizowaniu posady asystenta klinicznego. posadę tę uzyskał urzędowo. Od lat kilku cierpiący na gruźlicę płucną pokrzepił się ostatniego lata bawiąc jako lekarz zdrojowy w Rabce, tak że nietylko on sam, ale i przyjaciele bliżsi tuszyli sobie, że przez czas dłuższy podoła swym obowiązkom. Stało się inaczéj; w świeżo zgasłym tracimy sympatycznego kolegę, odznaczającego się prawością charakteru, taktem i wielkiém poczuciem obowiązków. Pogrzeb odbędzie się jutro po południu; nad grobem przemówi bezpośredni przełożony zmarłego, prof. Jakubowski. Pamięć przedwcześnie zgasłego nie tak prędko zaginie pomiędzy kolegami; smutek, który ogarnął wszystkich na wiadomość o jego śmierci. jakkolwiek nie była niespodziewaną, dowodzi wymownie, że ubył z szeregów naszych kolega prawy i ulubiony. Pamięci jego cześć a cieniom spokój!

* Dr. Rydygier w Chełmnie donosi nam, że d. 21 bm, wykonał wycięcie odźwiernika na choréj lat 30 liczącéj. O dalszym biegu pooperacyjnym Dr. Rydygier w swoim czasie nie omieszka nas zawiadomić.

* **Wiedeń**. Miejsce Dra Chiarego, jako prosektora w szpitalu Rudolfa, zajął tymczasowo Dr. Zeman, asystent przy katedrze anatomii patologicznéj.— Dotychczasowy zastępca fizyka miejskiego Dr. Kammerer. proponowany został jednomyślnie przez sekcyję sanitarną Rady miejskiéj na fizyka m. Wiednia.

* **Berlin**. D. 19 bm. odbyło się uroczyste wręczenie aktu fundacyjnego w uczczeniu 60 urodzin prof Virchowa. Zebrano kwotę wynoszącą przeszło 80 000 marek. Langenbeck przemówił w imieniu towarzystwa lek. berlińskiego, Stockvis w imieniu lekarzy niderlandzkich itd., poczém jubilat odpowiedział. Grona naukowe zagraniczne przesłały życzenia telegrafem albo przez reprezentacyje: uniwersytety w Bolonii i Kazaniu oraz wiele towarzystw, między niemi wiedeńskie i buda-peszteńskie zamianowały Virchowa członkiem honorowym.

* **Paryż**. Dziekan Wydziału lek. prof. Vulpian złożył swój urząd. We Francyi minister oświecenia ma prawo mianowania dziekana.

* **Mianowania i odznaczenia**. Prof. medycyny sądowéj w Gracu. Dr. Adolf Schauenstein, w uznaniu zasług nauczycielskich, otrzymał tytuł radcy rządowego. — Rodak nasz, Dr. Edmund Neusser, sekundaryjusz w szpitalu powszechnym we Wiedniu, otrzymał krzyż kawalerski 2giéj kl. orderu domowego sasko-ernestyńskiego. (Dr. Neusser, wysłany przez prof. Bambergera przepędził kilka tygodni przy łóżku ks Koburskiego, zmarłego przed kilku miesiącami). — Znakomity dermatolog angielski Erazm Wilson mianowany został przez królowę baronetem.

* **Nekrologija**. Z ostatniego zeszytu *Rivista sper. d. med. leg.* dowiadujemy się, że jeszcze d. 13 sierpnia rb. umarł w 64 roku życia swego w Bolonii, profesor chemii w tamecznym uniwersytecie. Franciszek Selmi, chluba narodu włoskiego. Imię jego stało się głośném w całym świecie w skutek odkrycia alkaloidów gnilnych, które nazwał ptomainami. Miał on za sobą przeszłość burzliwą, był politykiem i wygnańcem w czasach, gdy ojczyzna jego dobijała się zjednoczenia, a gdy ono stało się faktem, objął katedrę w Bolonii i pracował niezmordowanie aż do śmierci. Przez kilka lat ostatnich przebywał ciągle śród materyj zwierzęcych gnijących, pracując nad swojemi alkaloidami. Jakoby przeczuwając kres życia swego ogłosił w ostatnim zeszycie wspomnianego czasopisma krótki rys historyczny powstania nauki o ptomainach pt: „*Cenni cronologici delle osservazioni fatte sulle sostanze d'indole alcaloide, che si formano durante la putrefazione.*“ Cześć pamięci niezmordowanego i zasłużonego badacza!

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 47: Szwajcera: Spostrzeżenie nad przebiegiem gorączki powrotnéj w szpit. starozakonnych w Warszawie (c. d.); Kramsztyka: Zapalenie oczów pryszczykowe (c. d.); Sokołowskiego: Sprawozdanie z oddziału dla chorób piersiowych szp. św. Ducha w Warszawie (dok.)—Nru 46. i 47 *Medycyny* nie otrzymaliśmy.

Redakcyja otrzymała:

Prof. MASCHKA: Handbuch der gerichtlichen Medicin II Band, Tubingen 1882. H. Laupp in 8vo str. 791. (Tom niniejszy zawiera rzecz o otruciach, opracowaną przez Schuchardta, Seidla, Husemanna i Schauensteina).

Prof. ALBERT: Lehrbuch d. Chirurgie II Band, 2te Auflage. Wien u. Leipzig. Urban et Schwarzenberg 1881 in 8vo str. 544.

Dr. P. MYRDACZ: Sanitätsgeschichte u. Statistik der Occupation Bosniens u. d Hercogovina in J. 1878. Wien u. Leipzig, Urban et Schwarzenberg 1882. in 8vo str. 420

Rivista sperimentale di Medicina legale. Anno VII fascicolo III, Reggio-Emilia 1881, in 8vo str. 169—328.

Piśmiennictwo lekarskie. LAVERAN A. Nouveaux éléments de pathologie et de clinique médicales. 2 vol. av. fig. Paris, J. B. Baillière et fils. Fr. 18.

LEROUX H. Étude sur le diabète sucré chez les enfants. gr. 8. Paris, Delahaye. Fr. 5.

MAUTHNER L. Gehirn u. Auge. Mit Holzschn. gr. 8. Wiesbaden Bergmann. M. 7.

MEDICUS L. Gerichtlich-chemische Prüfung v. Nahrungs- u Genussmitteln. gr. 8. Würzburg. Stahel. M. 3.

METTENHEIMER C. Geschichte d. Schweriner Säuglingsbewahranstalt (Krippe) in den ersten 5 Jahren ihres Bestehens. gr. 8. Ludwigslust, Hinstorff. M. 1. 50.

PANSCH Ad. Grundriss der Anatomie d. Menschen. Mit 398, Holzschn. 2. (Schluss-) Abth. gr. 8. Berlin, Oppenheim. M. 8.

PROUST A. Traité d'hygiène. 2e édition. 8 Paris, Masson. Fr. 18.

RANVIER L. Leçons d'anatomie générale faites au collège de France, Anné 1878—1878. 8. Paris, J. B. Baillière Fr. 10.

RIBBERT H. Nephritis u. Albuminurie. Mit e. Taf. gr. 8. Bonn, Cohen et S. M. 2. 80.

RICHET P. Études cliniques sur l'hystero-épilepsie, ou grande hystérie. gr. 8. Paris, Delahaye. Fr. 19.

RIVET L. De la voussure sous-claviculaire dans les épanchements pleuraux chez l'enfant. 8. Paris, Masson. Fr. $1\frac{1}{4}$.

ROCHARD E. Des blessures causées par les substances explosibles d'invention moderne. 8. Paris, J. Baillière et fils.

SCHLEMMER. Die Porro-Operation od. die neue Kaiserschnitt-Methode nach Porro u. ihre moral. Grenzen. Mit 1 Taf. gr. 8. Stuttgart, Enke. M. 1.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja:
Ulica Podwale Nr. 84.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Boulv. Voltaire 180, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 3 grudnia 1881. № 49. Rok XX.

I. Z kliniki chorób wenerycznych i skórnych prof. Dra Rosnera.

Przypadek wrzodów gruźliczych w gardle.

Podał Dr. Stanisław Skobel,
Asystent téjże kliniki.

Rzadkie pojawianie się wrzodów gruźliczych z jednéj strony i ważność przedmiotu z drugiéj ośmielają mnie do opisania przypadku wrzodów gruźliczych w gardle, u chorego leczonego w klinice chorób wenerycznych i skórnych prof. Dra Rosnera, oraz dołączyć kilka uwag co do sposobu rozpoznawania takich wrzodów.

W dniu 28 października 1881 r. przyjęto do kliniki niemowę, Franciszka Balladę, mającego lat 40, nieumiejącego ani czytać, ani pisać, z którym prawie zupełnie nie można się było porozumieć; badanie zaś wykazało: porost włosów mierny, włosy suche, bez połysku, dosyć dobrze przytwierdzone. Skóra na tułowiu, jak również na wewnętrznéj powierzchni odnóg górnych pokryta cienką warstwą połyskujących łusek, które łatwo odpadają, podobnie jak to widzimy w zaniku schyłkowym. Skóra na odnogach dolnych barwy sinawéj i około kostek obrzękła. Na boku klatki piersiowéj, w okolicy 10tego żebra, po stronie lewéj znajduje się gromadka zaledwie widocznych bardzo powierzchownych blizn, prawdopodobnie jako ślad po przebytym półpaścu. Całe podniebienie miękkie, języczek, łuki podniebienno-językowe, tudzież obydwa migdałki okazują powierzchowne owrzodzenia wielkości soczewicy, tak gęsto obok siebie ułożone, że w wielu miejscach łącząc się razem tworzą jednolitą całość, pokrytą warstwą szaro-żółtéj słoninowatéj wypociny, przylegającéj dosyć mocno do dna owrzodzenia. Owrzodzenia drobniejsze, odosobnione, okazują dno tu i owdzie nierówne, pokryte niezbyt licznemi brodawkami i powleczone wypociną szarawą; brzegi ich nierówne, jakby powyżerane, a w obwodzie tychże spostrzegamy liczne, drobne, żółte guziczki, wielkości ziarnka prosa, przybłonkiem pokryte; dno i podstawa tych owrzodzeń nie okazują nigdzie znaczniejszego nacieku. Owrzodzenia sięgają nieco głębiéj przy nasadzie języczka, który w skutek tego wydaje się, jakby był na cienkiéj szypułce przytwierdzony. Języczek sam jest przy nasadzie cieńszy, w samym środku grubszy, ku zakończeniu znowu cieńczeje i w skutek tego niejednostajnego kształtu, możnaby go słusznie, według wyrażenia Isamberta, ze stalaktytem porównać. Zmianom powyższym towarzyszy ból znaczny, a skutkiem tego utrudnione połykanie nawet pokarmów płynnych. Gruczoły na przodowym brzegu mięśnia mostko obojczyko-sutkowego po obydwu stronach nieco powiększone, od wielkości grochu do wielkości migdałka dochodzące. Badanie laryngoskopijne wykazało: że nagłośnia jest w czwórnasób zgrubiałą, nie jest szerszą, lecz niższą, aniżeli w stanie prawidłowym, skutkiem zaś owrzodzenia jéj brzegu wolnego, które w kilku miejscach głębiéj w jéj miąższ wnika, powstał przez to niejednostajny kształt nagłośni, z kilku wzniesieniami i wrębami; wreszcie owrzodzenie brzegu okazuje dno guziczkami pokryte, podobnie jak to widzimy na podniebieniu miękkiém. Po lewéj stronie nagłośni spostrzegamy kilka żółtych, drobnych, odosobnionych punkcików, wielkości maku. Nasada nagłośni nie jest owrzodzona, ani opuchła, blada, podobnież i chrząstki nalewkowe. W całéj krtani bardzo wiele śluzu. Klatka piersiowa, pod obojczykiem po stronie prawéj, więcéj płaska, dołek nadobojczykowy po téjże stronie głębszy. Wypuk nad obojczykiem po stronie prawéj mniéj jawny i wyższy, na samym obojczyku prawym wypuk mniéj jawny. Auskultacyja wykazuje po obydwu stronach nad obojczykami wdech pokryty rzężeniami drobnobańkowemi, nielicznemi i niedźwięcznemi; wydech ostry i przedłużony Od tyłu na klatce piersiowéj po stronie lewéj znajdujemy stłumienie sięgające do 3go kręgu piersiowego, także z tyłu po drugiéj stronie stłumienie w samym szczycie płuca, sięgające do 2go kręgu. Auskultacyja w témże miejscu wykazuje wdech bardzo szorstki, zbliżony do oskrzelowego, a wydech ostry i przedłużony. Tak przy wdechu, jak i wydechu rzężenia drobne, niedźwięczne, zresztą w dolnych częściach płuc objawy nieżytu. Serce od 5go żebra w małym rozmiarze.

Wątroba od 6go w linii sutkowéj, a od dolnego 7go do łuku żebrowego w linii pachowéj; wątroba i śledziona nie powiększone; puchlina brzuszna mierna.

Rozbiór moczu wykazał: oddziaływanie kwaśne; ciężar gatunkowy 1018; białka dosyć znaczna ilość, więcéj niż ciałkom ropy i krwi odpowiada. W osadzie moczu znaleziono liczne ciałka ropy, ciałka krwi pojedyńczo, wałeczki Belliniego dość często, również przybłonek brukowy dosyć często, zwiększoną ilość śluzu.

Cieplota wieczorna wynosiła 38·7°, tętno 116.

Rozpoznano tedy u chorego, nacieki gruźlicze w obu szczytach płuc, oraz przewlekłe zapalenie nerek. Nad znaczeniem owrzodzeń w gardle zastanawiano się nieco dłużéj a to z tego powodu, że wrzody pomienione nie okazywały cech takich wrzodów, z jakiemi się najczęściéj w tém miejscu spotykamy. Już sama płytkość tych wrzodzików pozwalała wykluczyć kiłę późniejszą, jako przyczynę tego owrzodzenia; obecność zaś drobnych ziarnek, wielkości główki od szpilki w obwodzie tegoż, jak niemniéj brak wału naciekowęgo usuwały podejrzenie kiły wczesnéj.

Wejrzenie wrzodu, w naszym przypadku, nie dozwalałoby uważać go za następstwo zakażenia kiłowego nawet wtedy, gdyby takowe w innych przyrządach okazywało zmiany niewątpliwéj kiły, lub ślady po przebytéj kile; brak zupełny takich zmian u naszego chorego usuwa podejrzenia w tym kierunku.

Brak wszelkiéj stwardniałości tak brzegów jak i podstawy owrzodzenia, umiarowa siedziba tegoż po obydwu stronach podniebienia, wreszcie brak obrzęku gruczołów podszczękowych, pozwalają w naszym przypadku wykluczyć wrzód rakowy. Wypada nam jeszcze zastanowić się nad wrzodami liszaja żrącego i wrzodami gruźliczemi. W obydwu tych cierpieniach wrzodziki powstają z gniazd komórkowych i w obu przypadkach wykazać można w obwodzie ziarnka nierozpadłe; jedno i drugie znajdujemy u naszego chorego. (O owrzodzeniach dyfterycznych, grzybkowych, mieszkowych lub gnilcowych tutaj nie mogło być mowy). Jeżeli uwzględnimy z jednéj strony jak nadzwyczaj rzadko liszaj żrący pierwotnie w gardle powstaje, jeżeli zważymy, że cierpienie to z upodobaniem wiek młodzieńczy nawiedza, kiedy nasz chory miał lat 40, a nadto nie będzie dla nas zupełny brak obrzmienia brzegów i podstawy wrzodu obojętnym, obok niewielkiéj liczby brodawek wystających, z drugiéj zaś strony zwrócimy uwagę na guzieczki w obwodzie cierpienia na podniebieniu rozrzucone, i wielki ból przy połykaniu, to wyłączenie liszaja żrącego w naszym przypadku będzie usprawiedliwione. Pozostaje tedy owrzodzenie gruźlicze, za którém przemawia płytkość względna wrzodów, brzeg nierówny i powyżerany, brak nacieku podstawy, obecność drobnych guziczków w obwodzie wrzodów, przy bladéj błonie śluzowéj i niezwykle mocnym bólu, mianowicie przy połykaniu. Z powyżéj namienionych właściwości rozpoznano w tym przypadku znaczenie gruźlicze wrzodu, przed wykazaniem nacieków w płucach i zmian w krtani. Dermatolog bowiem zwykł rozpoznawać cierpienie bez wywiadów, znaczenie zaś zmian chorobowych dla wzroku przystępnych ocenia z wejrzenia po ścisłém uwzględnieniu wszystkich choćby najdrobniejszych szczegółów; a to dla tego, że po nich wnosi o przebiegu tych chorób, które te zmiany wywołały. Nie mam zamiaru twierdzić, ażeby lekarz w każdym przypadku mógł rozpoznać znaczenie wrzodu jedynie tylko z wejrzenia, a to z tego powodu, że wrzody bądźto w skutek poprzedniego leczenia bądź powikłania z innemi chorobami nie zawsze zachowują te cechy, które ich pochodzenie zdradzają. Nie twierdzę również, żeby lekarz miał poprzestać na rozpoznaniu wrzodu z samego wejrzenia i owszem każdy dermatolog winien uwzględnić w każdym przypadku zmiany w innych tkankach i przyrządach, a to nie tylko dla stwierdzenia rozpoznania lecz przedewszystkiém dla rokowania i leczenia, które przecież zawsze zawisły od zmian znajdujących się we wszystkich przyrządach ustroju; wszelako mogę stanowczo powiedzieć, że w bardzo wielu przypadkach, jak np. w naszym, znaczenie wrzodu można rozpoznać z wejrzenia, a to znów dla tego, ponieważ jak wyżéj nadmieniłem, wrzody bywają nader często wiernem odbiciem przebiegu właściwego tych chorób, którym swój początek zawdzięczają. Czy jednak gruźlica u naszego chorego pierwotnie w gardle powstała, czy w płucach, lub górnéj części krtani, tych zagadnień nie można stanowczo rozwiązać.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. O duszności.

(Wykład miany w Towarzystwie lekarskiém na posiedzeniu z dnia 18/6 1881).

Przez Dra **Przemysława Pieniążka,**
Docenta Uniwers. Jagiellońskiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 48.)

Przy zwężeniach dróg oddechowych zachodzić mogą pewne odmiany w obrazie i przebiegu wyżéj skreślonym, jeżeli zwężenie nie jest stałém, jak to najczęściéj bywa, ale jedynie albo przeważnie podczas samego tylko wdechu lub wydechu występuje. Polipy umieszczone powyżéj głośni mogą przy wydechu, będąc prądem powietrza w górę i na bok usunięte, nie sprawiać żadnéj zawady, gdy tymczasem przy wdechu wpadają na głośnię, zwężają ją i tém samém znacznie wdech utrudniają. Odwrotnie zdarzyć się może przy polipach poniżéj głośni usadowionych; te przy wdechu opadając na dół mogą dostateczną przestrzeń dla powietrza wdechanego zostawiać, gdy przy wydechu parte na głośnię zwężają jéj szparę i utrudniają wyjście powietrza w znacznym stopniu. Rzadziéj spotykamy coś podobnego przy innych zmianach chorobowych, w pewnym jednak stopniu może to w puchlinie wejścia krtani wystąpić. Wreszcie uwzględnić należy, że więzadła głosowe są zwłaszcza u dzieci tak ułożone, że ich wolne brzegi wyżéj się znajdują niż zewnętrzne części, ztąd też, jeżeli one są do siebie zbliżone, uważać można, że przy wdechu, gdy ich brzegi na dół spychane prądem powietrza bywają, szpara między nimi staje się węższą, przeciwnie przy wydechu będąc ku górze odepchnięte rozchodzą się nieco i szpara między niemi się rozszerza. Łatwo pojąć, że w warunkach powyżéj opisanych spotkamy w miarę tego, czy przy wdechu, lub przy wydechu zawada występuje, jeden tylko z tych dwóch aktów utrudniony, a drugi bądź zupełnie lekki, bądź téż znacznie lżejszy od poprzedniego. Aby się jednak od pomyłek uchronić pamiętać należy, że już w stałém i równém dla obu aktów oddechowych zwężeniu zdaje się ono przy wdechu przeważać. Przewaga ta jednak jest pozorna. Powiedzieliśmy, że przy wdechu już w normalnym stanie pracują mięśnie wdechowe, przy zwężeniu zatém praca ich rośnie i objawia się wyraźnie głębszemi i dłużéj trwającemi wdechami, którym wyraźny syk przechodzącego przez wązką szparę powietrza towarzy-

szy. Wydech natomiast odbywa się biernie tak w stanie prawidłowym jak i w zwężeniu. Trwa on wprawdzie dłużéj w zwężeniu i to znacznie dłużéj, niż wdech, gdyż odbywa on się tą samą siłą, którą w stanie normalnym się odbywał, gdy wdech dokonywa się większą niż normalną siłą mięśni wdechowych. Ztąd też i syk mu towarzyszący nie jest tak wyraźny jak przy wdechu, a jedyną oznaką utrudnienia tegoż aktu jest jego długie trwanie. Nawet w bardzo znacznych zwężeniach, jeżeli one tak przy wdechu, jak przy wydechu istnieją, wydech nie będzie się odbywać czynnie, a nawet i w zupełném zatkaniu krtani lub tchawicy pozostanie on biernym, gdyż powietrze, które wdech zdołał wprowadzić do płuc, elastyczność pęcherzyków płucnych choćby powoli wypchnąć potrafi, a gdy się nic do płuc nie dostało, wtedy tém mniéj praca mięśni wydechowych jest potrzebną. Na tę okoliczność uważać potrzeba, ażeby w każdém zwężeniu nie uznać mylnie wdechu za utrudniony. Tam gdzie to ma miejsce rzeczywiście, spotkamy obok znaków powyżéj podanych utrudnionego wdechu wydech zupełnie lekki, t. j. nie przedłużony. Odwrotnie zaś tam, gdzie tylko wydech napotyka zwężenie; tu wdech jest zupełnie lekki, wydech zaś wydłużony choć bierny, a w bardzo znacznem zwężeniu, jeżeli obok tego wdech jest zupełnie lekki, a więc dostateczna ilość powietrza do płuc się dostaje, może on nawet być czynnym, t. j. odbywać się siłą mięśni wydechowych, które znów tém silniéj działają, im zwężenie jest większe.

Ważną jest rzeczą rozebrać wpływ, jaki wyż wymienione zaburzenia w sprawie oddechania wywierają na cały organizm, a szczególniéj na krew organizmu i jéj rozpołożenie. Często napotykamy twierdzenia, że niedokładna dekarbonizacyja krwi sprawia sinicę. Z twierdzeniem tém jednak zgodzić się nie możemy, sinica w bardzo małéj chyba cząstce na obecności kwasu węglowego we krwi polega, zależy ona raczéj od przepełnienia układu żylnego w obec tętnic, tak że możemy ją za miarę rozdęcia drobnych żyłek uważać. Zapewne, gdyby w tych żyłkach nie znajdowała się ciemna krew żylna ale jasno czerwona tętnicza, sinica nie wystąpiłaby tak wyraźnie, ale natomiast choćbyśmy z krwi wypędzili wszystek kwasoród, a nagromadzili w niéj najwięcéj kwasu węglowego, sinicy jeszcze by to nie wywołało, dopóki drobne żyłki nie zostałyby krwią przepełnione. Napotykamy także twierdzenia, że sinica przy każdém zwężeniu dróg oddechowych, lub też w ogóle w duszności powstaje; i z tém twierdzeniem zgodzić się nie możemy. Sinica zdaniem naszém tam tylko powstać może, gdzie odpływ krwi żylnéj z wielkiego krążenia do prawego serca jest utrudnionym, a to ma znowu miejsce tam, gdzie odpływ krwi téj z prawego serca do płuc napotyka przeszkody. W zwężeniach dróg oddechowych odpływ krwi rozmaicie zachowuje się w chwili wdechu i wydechu. Przy wdechu prawidłowym jest on ułatwiony, albowiem zagięte naczynia włosowate płuc przy rozdęciu tych ostatnich mniéj są pokręcone, a przy tém zmniejszone parcie w jamach opłucnych sprzyja rozszerzeniu się naczyń, ztąd ułatwia dopływ krwi do nich. Przy utrudnionym wdechu parcie w jamach opłucnych staje się jeszcze mniejsze, nadto i w samych płucach dąży ono powoli do zrównania się z parciem powietrza zewnętrznego, ztąd też z początku a nawet aż do ukończenia wdechu jest obniżoném, naczynia płucne zatém tém więcéj rozszerzyć się muszą, dopływ więc krwi do nich znacznie ułatwionym być musi. Że w tych warunkach nie powstanie sinica, dziwić się nie możemy, i owszem skutkiem łatwego odpływu krwi z ciała spotkamy tu raczéj bladość pochodzącą z niedokrewności skóry. Inaczéj rzecz się ma podczas wydechu. Już w stanie normalnym wydech utrudnia odpływ krwi żylnéj z ciała do prawego serca, gdyż więcéj pogięte i pod większém parciem znajdujące się naczynia włosowate płuc utrudniają odpływ krwi z prawéj komórki do płuc. Jeżeli przy zwężeniu wydech trwa dłużéj powietrze wolniéj z płuc uchodzi, to utrudnienie krwi odpływu tém większém być musi. Dodajmy do tego jeszcze wydech czynny, przy którym nietylko w jamach opłucnych, ale nawet i w płucach parcie podniesioném być może, a zrozumiemy, że to utrudnienie odpływu krwi żylnéj z ciała tém więcéj miejsce mieć będzie. Tu więc spotkać możemy rzeczywiście sinicę, polegającą na przepełnieniu krwią żył drobnych skóry. Tak więc widzimy, że odpływ krwi żylnéj z ciała do prawego serca na przemian raz jest lżejszy raz cięższy, zależny od chwili wdechu lub wydechu. Mimo to jednak zabarwienie skóry pozostaje zwykle stale tożsamo w obu aktach oddechowych, gdyż przemiany te zbyt szybko po sobie następują, aby ich działanie nie zostało zniesione wprzód, niż tak wybitne i odległe skutki za sobą pociągnie. Możemy jednak widzieć na większych żyłach, jeżeli leżą powierzchownie, że one przy wdechu opadają, a przy wydechu napełniają się więcéj. Toż samo, tylko w wyższym stopniu, ma miejsce przy wydłużonym wdechu i wydechu pod wpływem zwężeń dróg oddechowych. Przy pewnym stopniu tego wydłużenia i znacznem zwężeniu spostrzega się nawet rzeczywiście, że twarz blednie podczas wdechu, a sinieje podczas wydechu. Zwykle jednak zabarwienie skóry jest niezmienném w obu tych aktach, a tylko w napełnieniu żył większych znać pewne różnice, jeżeli takowe są dość powierzchowne. Czy w takim razie twarz będzie bladą lub siną, zależy od tego, czy skutki wdechu lub wydechu przeważą. Tam gdzie tylko wydech jest utrudnionym, wystąpi zawsze sinica, która tém większą będzie, jeżeli wydech odbywa się czynnie, choćby tu zwężenie i w obu aktach oddechowych miało miejsce, jak to np. w chwili krzyku lub płaczu i zaparciu przy nim wydechu w zwężeniach miejsce miewa. Przy utrudnieniu natomiast samego wdechu tylko bladość wystąpić może, nigdy zaś sinica. Przy utrudnieniu obu aktów oddechowych zazwyczaj bladość przeważa, obok niéj jednak często spotykamy sinicę na wargach i palcach, która już nie skutkiem utrudnionego odpływu powstaje, gdyż właśnie ta bladość łatwości jego dowodzi, ale pochodzi ona ztąd, że w anemii drobne tętniczki się kurczą i swoją krew wpychają do drobnych żyłek, które blademu otoczeniu tém łatwiéj sinego zabarwienia udzielają. Tak więc sinica taka nie jest objawem utrudnionego odpływu krwi żylnéj, ale raczéj objawem niedokrewności, dla tego też występuje ona zwykle tam tylko, gdzie *vis a tergo* jest najsłabszą, jak np. na najodleglejszych od serca końcach palców rąk i nóg. Z tego, co powyżéj podano, widzimy, że przy jednostajném utrudnieniu wdechu i wydechu istnieją warunki tak do ułatwionego jak i utrudnionego odpływu krwi żylnéj z ciała, że więc objawy tak jednego jak i drugiego, albo też i żadnego z nich wystąpić mogą, zależnie od tego czy przeważają skutki utrudnionego wdechu lub wydechu na krążenie, lub też się znoszą wzajemnie. To też czasem i żadnéj zmiany w zabarwieniu ciała nie spotykamy, najczęściéj jednak przeważają skutki utrudnienia wdechu i chory okazuje się bladym, skutkiem ułatwionego krwi odpływu, albo też obok bladości spotkamy ową lekką sinicę, któráśmy powyżéj jako objaw niedokrewności a nie

zastoju poznali. Szczególniéj lubi ona występować tam, gdzie siła serca już słabnie, gdyż wtenczas krew z drobnych tętniczek do żyłek wypchana pozostaje w nich dłużéj, nie będąc pchaną nową ilością krwi naprzód, ztąd téż zdarza się nieraz, że dzieci chore na zwężenie krtani w przebiegu krupu z początku tylko bladość twarzy okazywały, późniéj zaś w miarę słabnięcia ich serca, a więc zmniejszania się owéj *vis a tergo*, okazują, obok bladości sinienie ust i palców. Nie raz jednak widzieć można, jak zupełnie blade dzieci ze zwężeniem krtani przy kaszlu lub zaparciu wydechu podczas płaczu itp. bardzo silnie sinieją, która to sinica po kilku głębszych wdechach znowu ustępuje. Wobec czynnego występowania wdechu a biernego wydechu w jednostajnych dla obu aktów zwężeniach, dziwić nas nie powinno, że pierwszy więcéj odpływ krwi ułatwia, niż drugi utrudnia, że więc zwykle bladość a nie siność na twarzy odpowiednich chorych spotykamy. Lecz i w tych przypadkach zdarzać się mogą wyjątki. I tak spotykamy czasem, czy to skutkiem częstego kaszlu, lub jakiéj innéj przyczyny utrudniającéj wydech, na twarzy chorych z zwężeniem krtani pewien stopień sinicy, zwykle jednak nie wysoki. Tak np. spotykamy na twarzy dzieci na krup chorych dość żywe rumieńce, u starszych zaś osób z zwężeniem dróg oddechowych drobne rozdęte żyłki czerwonawe na twarzy. Oczywiście nie mówimy tu o przypadkach, w których sam wydech jest utrudnionym, gdyż w takich sinica nawet znaczna wystąpić musi, jak już wyżéj podano, ale mówimy tu o przypadkach jednostajnego dla obu aktów zwężenia, w którym, jak już wyżéj powiedziano, zwykle bladość występuje, tak że tego wyjątkowo występującego zaczerwienienia lub nastrzykania, które za objaw utrudnionego krwi odpływu uważać musimy, nie wyprowadzamy wprost z zwężenia, lecz z dołączenia się do niego innych momentów utrudniających odpływ krwi z ciała, jakim jest przedewszystkiém kaszel, który tu nie rzadko zwykł występować. Jak z jednéj strony często bladość pierwotna kombinuje się w dalszym przebiegu w miarę słabnięcia siły serca z sinicą, tak znowu tu odwrotnie często owe rumieńce lub nastrzykania żyłek nikną w dalszym przebiegu, częścią może skutkiem wytwarzającéj się anemii, najwięcéj jednak niezawodnie pod wpływem wyczerpania sił i znieczulenia przy zatruciu kwasem węglowym i ustępują miejsca znowu bladości, obok któréj znowu siność warg i palców także lubo niekoniecznie wystąpić może. Ztąd téż jeżeli spotkamy twierdzenia sprzeczne, z jednéj strony, że dzieci w krupie pierwotnie są blade, a dopiero pod wpływem zatrucia kwasem węglowym stają się sine, z drugiéj zaś strony, że pierwotnie występuje u nich sinica, która pod wpływem zatrucia kwasem węglowym ustępuje, to przyznać musimy, że oba mogą być słusznemi w miarę warunków zwężeniu towarzyszących; jako punkt wyjścia jednak przypuścić musimy, że zwężenie jednostajnie przy wdechu i wydechu trwające odpływ krwi z ciała ułatwia, sprawia więc bladość, a dopiero pod wpływem innych okoliczności utrudnienie tegoż odpływu wystąpić, i skutki swoje zaznaczyć może sinicą. Znaczniejsza zatém sinica zawsze ma swe źródło w utrudnionym wydechu, czy to w razie zwężenia, które przy wydechu występuje, a przy wdechu niknie, lub téż skutkiem kaszlu lub jakiego innego rodzaju napierania i zapierania wydechu przy jednostajném zwężeniu.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

III. Oceny i sprawozdania.

Dr. F. W. T. Pancritius: Über Lungensyphilis. Berlin 1881. August.

Ze stanowiska ogólno-patologicznego już od szesnastego stulecia były znane zmiany zapalne płuc, przebiegające przewlekle, na tle kiłowém rozwinięte. Virchow (*Die krankhaften Geschwülste; Über die Natur der syphilitischen Affectionen* 1859), skreślił obraz anatomiczny „zapalenia płuc kiłowego," który dotąd uważać należy za punkt wyjścia badań odnośnych. Inne prace późniejsze dotyczące kiły płuc są podane z uwagami krytycznemi w rozprawie prof. Rosnera (w Przegl. Lek.), dla tego ich szczegółowo przytaczać nie będę.

Kliniczny obraz jednak i ściślejsza symptomatologija, dozwalająca rozpoznać zmiany kiłowe płuc jako takie, jest owocem badań lat ostatnich, chociaż daleką jest dotąd od umiejętnéj i kategorycznéj ścisłości. Wspomnę tu o kilku rozprawkach rozrzuconych po czasopismach lekarskich, a mających na celu nacechowanie przypadów klinicznych i wskazówek dyjagnostycznych kiły płucnéj; mianowicie: Rollet (*Wiener med. Presse* 1875, Nr. 47), Grandidiera (*Berl. klin. Wochenschrift* 1875, 15), Saccharina (*Berl. klin. Wochenschr.* 1873, 3), Parlinoffa (*Virchows Archiv* Bd. 75, H. 3 i o ostatniéj Schnitzlera (*Die Lungensyphilis und ihr Verhältniss zur Lungenschwindsucht* 1880, Wien).

Prace te są bezsprzecznie cennym materyjałem do dyjagnostyki kiły płucnéj, lecz zadania swego zadawalająco nie rozwiązują, rozporządzając zresztą za skąpym materyjałem.

Autor podaje w swéj monografii znaczną ilość historyj chorób wyczerpująco i dokładnie skreślonych, razem 110.— Większość przypadków spostrzegał sam w praktyce prywatnéj, pewna część została mu udzieloną przez innych lekarzy.

Podawszy wyczerpująco literaturę przedmiotu omawia etyjologiję kiły płucnéj, przyczém wyraża swe przekonanie, iż „bardzo znaczna ilość przypadków suchót płucnych, zaliczanych dotąd do zwykłych przewlekłych zapaleń miąższu płucnego jest w istocie rzeczy przyrody kiłowéj i że przez rychłe rozpoznanie zmian w płucach jako kiłowych śmiertelność ze „suchót płucnych" może być znacznie zmniejszoną. Autor nadto, nie uznając dualizmu chorób wenerycznych, twierdzi, iż wrzody miękkie, wedle niego często przyrody kiłowéj, są punktem wyjścia kiły płucnéj, mogącéj doprowadzić do rozpadu miąższu płucnego, suchót płucnych.

Zmiany anatomiczne „zapalenia kiłowego" płuc podane przez autora dają się streścić w następujących punktach:

1) Są one pierwotnie sprawą śródmiąższową, przewlekle przebiegającą, dotyczącą tkanki łącznéj otaczającéj drzewo oskrzelowe i zraziki płucne.

2) Iż następowo mogą wywołać zapalenie miąższowe płuc z cechą zapalenia nieżytowego lub złuszczającego.

3) Sprawa ta zapalna rozpoczyna się stale od wnęki płuc (*hilus pulm.*) składając swe złogi wzdłuż większych oskrzeli i wnikając stopniowo, drogą rozgałęzień oskrzeli, do więcéj obwodowych części miąższu płucnego.

4) Sprawa ta stoi w pewnym ściślejszym związku z rozgałęzieniami tętnic oskrzelowych.

5) Iż częściéj bywa zajęte płuco prawe niż lewe.

6) Iż w późniejszych okresach sprawa przenosi się na szczyty płucne i dolne płaty płuc, doprowadzając do zniszczenia miąższu płucnego, przez co pierwotne cechy zmiany chorobowéj częściowo się zacierają.

Ze stanowiska klinicznego dzieli autor zapalenie kiłowe płuc na 2 okresy: 1) okres zadrażnienia czyli „czynny,“ i 2) okres rozpadu czyli „bierny.“— Okres pierwszy odpowiada bujaniu tkanki łącznéj od wnęki płuc ku obwodowi postępującemu i poczynającéj induracyi miąższu płucnego około oskrzeli. Przypady fizyczne tego okresu są wedle autora następujące: stłumienie odgłosu wypukowego w okolicy międzyłopatkowéj, częściéj po stronie prawéj, osłabienie wdechu pęcherzykowego i osłabienie wydechu; późniéj, gdy sprawa zapalna wystąpiła w grubszéj warstwie, stłumienie staje się wyraźniejsze i postępuje więcéj ku szczytowi płuc i ku dołowi; szmery oddechowe słabną coraz więcéj. Gdy już nastąpiła zupełna induracyja miąższu płucnego, słychać w miejscu stłumienia wdech i wydech oskrzelowy, który zwolna poczyna się pojawiać także w wyższych i niższych częściach płuca. Nadto dają się w tym okresie wybadać szmery uboczne, aczkolwiek nie stale, rzężenia różnego charakteru, świadczące jedynie o towarzyszącym nieżycie oskrzelowym. Sprawa przebiega przewlekle i bez gorączki.

(Ciąg dalszy nastąpi).

O ptomainach.

I. Historyja odkrycia
skreślona przez prof. Franciszka Selmi'ego.

Wspomnieliśmy w numerze poprzednim o śmierci znakomitego toksykologa włoskiego, którego imię stało się powszechnie znaném z powodu odkrycia ptomainów, oraz o skreśleniu przezeń historyi tego odkrycia w ostatnim zeszycie *Rivista sperim. di medicina legale*. Rozprawka ta jest jakby testamentem zasłużonego badacza. Nie tylko celem uczczenia pamięci męża, który odkryciem swojém tak wielce przysłużył się toksykologii sądowéj i ludzkości, ale także z uwagi, że przedmiot sam przez się jest ważny a mimo to w czasopismach lekarskich nie tylko naszych, ale nawet niemieckich, dotąd mało znalazł uwzględnienia, wreszcie celem obznajomienia szerszego koła kolegów z obecnym stanem kwestyi i literaturą, postanowiliśmy podać nasamprzód w tłumaczeniu z włoskiego ostatnią pracę Selmiego, a następnie zdać sprawę kolejno z ważniejszych odnośnych prac innych autorów.

„Byłem pierwszym, który doszedł do przekonania, że istoty gnijące mogą dostarczyć pewnych produktów przyrody alkaloidycznéj o działaniu trującém; nikt nie pomyślał był o tém, aby zadać sobie pytanie, czy istnieją podobne produkty w ciele martwém, a jeżeli istnieją, czy mogą wprowadzić w błąd toksykologa w dochodzeniach sądowych. Sądzę, że nikt mnie w tym względzie nie wyprzedził, i że jeżeli mam pewną zasługę, to ona polega na tém, żem zwrócił uwagę toksykologów na bardzo częste przypadki, w których istoty pochodzące z trupa można brać za alkaloidy zadawane żyjącemu.

Było to w r. 1870, gdy trybunał boloński przesłał mi treść płynną żołądka, w którym podejrzywano obecność istoty trującéj. Postępując według sposobu Stasa i Ottona otrzymałem produkt oddziaływający alkalicznie, który w obec odczynników zachowywał się jak alkaloid, którego jednak nie mogłem uznać za identyczny z żadnym ze znanych alkaloidów.

W r. 1871 ten sam trybunał przesłał mi z tego samego powodu kawał żołądka i część treści jego płynnéj i znów znajdowałem się w podobném położeniu, jak w roku poprzednim. Tak materyjał pierwszy, jak ostatni pochodziły od trupów świeżych. Teraz zacząłem domyślać się, że produkty takie znajdują się w istocie zwierzęcéj i dlatego postarałem się o żołądki z osób zmarłych śmiercią naturalną, a którym to osobom w ostatniéj ich chorobie nie podawano leków, zawierających zasady organiczne. I w tych żołądkach znalazłem te same ciała, które poprzednio znalazłem był w przedmiotach, przesłanych mi przez trybunał. Przypuszczając, że one pochodzą z rozkładu, któremu ulegają materyje zwierzęce w zgniliźnie rozpoczynającéj się, badałem mięso gnijące a pozostające w wyskoku w naczyniach nie szczelnie zamkniętych, i w niém także podobne ciała znajdowałem. Badałem następnie wyskok, w którym w zakładzie anatomicznym przechowywano preparaty i do tych samych dochodziłem wyników. Wspomniałem o tém w rozprawie *(Principii alcaloidi naturali nei visceri, Bologna 1872)*, którą czytałem d. 25 stycznia 1872 r. w Akademii Umiejętności w Bolonii i zwróciłem uwagę toksykologów, aby uwzględniając spostrzeżenia moje nie popadali w błąd w orzeczeniach swoich, ile razy się rozchodzi o badanie alkaloidów roślinnych.

Dodać winienem, że celem zapewnienia się, że produkty znalezione nie są tyrozyną, leucyną, glikokolą, kreatyną lub kreatyniną, czyniłem doświadczenia porównawcze z temi istotami; a wynik doświadczeń dowodził, że żadna z tych istot nie oddziaływa w podobny sposób jak owe istoty trupie.

W r. 1874 otrzymałem od tego samego trybunału polecenie badania rozpadu *(detritus)* trupiego, zebranego ze szkieletu osoby zmarłéj na 11 miesięcy przedtém. Za pomocą doświadczeń, czynionych w owym czasie ale jeszcze nieogłoszonych, doszedłem już był do przekonania, że śród zgnilizny powstają rozmaite alkaloidy, odmienne w miarę okresu zgnilizny, jedne nieszkodliwe, drugie zaś trujące, i dlatego wzbraniałem się spełnić polecenie, dopóki mi trybunał nie pozwoli wykopać zwłok kilku ludzi, zmarłych w szpitalu, a co do których nie zachodziło żadne podejrzenie o otrucie. Trybunał zgodził się na moją prośbę, tylko ministerstwo łaski i sprawiedliwości odmówiło mi potém zwrotu kosztów na to łożonych, które były niemałemi.

Z trupa wydobytego w 11 miesięcy po pochowaniu otrzymałem alkaloid mocno trujący z oddziaływaniem szczególném. Podobny alkaloid otrzymałem także z materyi przesłanéj mi przez trybunał, podobny tak pod względem oddziaływania chemicznego jak działania fizyjologicznego, tak że mogłem orzec: że jakkolwiek w niéj znajduje się alkaloid trujący, przecież nie mogę twierdzić, jakoby tenże był zasadą organiczną trującą, i że przeciwnie jest alkaloidem pochodzącym ze zgnilizny *(Sulle ptomaine od alcaloidi cadaverici, Bologna 1878)*. Czyniąc następnie w tymże samym roku doświadczenia na rozmaitych trzewach innego trupa wykopanego (po wykryciu w nim arszeniku) znalazłem w nich także alkaloid trujący, nie dający się identyfikować z żadnym z alkaloidów roślinnych, tak że mogłem orzec, iż otrucie nastąpiło samym tylko arszenikiem.

W r. 1875 rozbierając mózg i wątrobę celem poszukiwania alkaloidów trujących (za pomocą eteru i wyskoku amylowego) napotkałem w jednym i drugim alkaloid nietrujący, który pod wpływem jodu jodowodowego krystalizował się w podobny sposób, jak sole morfinowe. Ciało pod względem oddziaływania całkiem podobne otrzymałem także z główek zielonych czerwonego maku polnego. *(Prime notizie sopra*

un alcaloide che si riscontra nel cervello, nel fegato e nei capi verdi del rosolaccio o papavero dei campi, Gazz. chim. ital. 1875, p. 398).

W tym samym roku otrzymawszy polecenie dochodzenia alkoloidów trujących zastanowiłem się znów nad tém, czy nie otrzymam zasad trupich mogących wprowadzić mnie w błąd, że mam do czynienia z zasadami roślinnemi. Badając sądziłem, że odkryłem atropin, a podejrzenie powstało ztąd, że śród parowania wyciągów szerzyła się woń głogu pospolitego, występująca śród rozkładania się atropinu. Zebrawszy produkt i odbywszy próbę odczynnikami chemicznemi znalazłem cechy nie odpowiadające atropinowi; uciekłem się więc do pomocy kolegi mego fizyjologa prof. Velli, który produktem tym czynił doświadczenia na zwierzętach. Jakkolwiek zwierzęta ginęły z otrucia śród zwiększającego się rozszerzenia źrenic, przecież wahałem się przypuścić otrucie atropinem, ponieważ czyniąc ponowne doświadczenia z odczynnikami chemicznemi, a głównie z jodem wodojodowym, śród nich otrzymałem 4 rodzaje kryształów rozmaitych, z których każdy pochodził z innéj zasady, tak że produkt składał się z kilku istot. Równocześnie w trzewach zgniłych, pochodzących z trupów wydobytych przed 1 i 3 miesiącami, znalazłem także podobne zasady gnilne razem zmięszane, z których jedna, która nie rozpuszczała się w eterze a rozpuszczała w wyskoku amylowym, w jodzie wodojodowym krystalizowała się w pięknych i długich brunatnych taflach. Prof. Vella wstrzykiwał kryształy te w żyłę królika większego, a zwierzę to zginęło po upływie 2 minut śród drgawek tężcowych, porażenia serca i rozszerzenia źrenic.

Inny alkaloid, otrzymany z trzeciego trupa, wykopanego w rok po pochowaniu, wywołał ruchy drgawkowe tężcowe, rozszerzenie źrenic po upływie pewnego czasu i zabił zwierzę w $2^1/_2$ godziny po uskutecznioném wstrzyknięciu.

O tych rezultatach czytałem rozprawę d. 2 stycznia 1876 w akademii *dei Lincei* (*Studio chemico-tossilogico per la ricerca della atropina.*)

W rozprawie napisanéj razem z proff. Casali i Pesci, a w drugiéj napisanéj razem z ostatnim, obydwóch czytanych d. 15 października 1876 i w roku następnym w towarzystwie lekarskiém w Bolonii, wyłożyłem poszukiwania na trupach wydobywanych w rozmaitych odstępach czasu po pochowaniu, otrzymywanie zasad gnilnych i oddziaływanie chemiczne, oraz wątpliwości, podając zarazem doświadczenia fizyjologiczne, czynione nad temi zasadami przez proff. Vellę i Radaglię. Wynikiem badań było, że jedne zasady są trujące, drugie nie, jedne rozpuszczalne w chloroformie, drugie w eterze; bardziéj trującemi okazały się alkaloidy pochodzące z ciał mniéj gnijących w porównaniu z alkaloidami otrzymanemi z ciał mocniéj gnijących. (*Bulletino delle scienze mediche di Bologna* 1877).

(Ciąg dalszy nastąpi).

Spirochaete Obermeieri i gorączka powrotna.

(Dokończenie. Patrz Nr. 48).

Znikanie grzybków z krwi w czasie apireksyi i w kryzis tłumaczą niektórzy autorowie wysoką temperaturą 42°C., niszczącą te istoty przed końcem napadu. Że przypuszczenie to jest mylném, udowodnił Moczutkowski, który widział w ciepłocie 48°C. wcale niezmienione spirochety; daléj przemawia przeciw owemu przypuszczeniu i to, że w przypadkach, gdzie niewątpliwie stwierdzono gorączkę powrotną, a gdzie wcale wysokiéj ciepłoty nie było, znikały spirochety w kryzys. Moczutkowski przypuszcza, że zagęszczenie krwi przy potach krytycznych, krwi i tak zmienionéj sprawą durową, jest przyczyną obumarcia grzybków. Zdaniu temu stanowczo sprzeciwia się A. wychodząc z założenia: ponieważ zagęszczenie krwi dopiero po pewnym przeciągu czasu może być wybitniejsze to i znikanie spirochet powinno pójść w parze z zagęszczeniem krwi, względnie z potami. Tymczasem wszyscy autorowie zgodnie twierdzą, że spirochety od razu z pojawieniem się potów znikają, daléj, że sam A., na kilka godzin przed kryzis, stwierdził zupełny brak spirochet, gdzie tedy o znaczniejszém zagęszczeniu krwi mowy nie ma. Zdanie A. w tym względzie [1]) da się wyrazić w tych słowach: Znikanie pasorzytów jest skutkiem przemiany materyi samego życia mikroorganizmów, które też ich śmierć sprowadza. Jak np. fenol, jako produkt końcowy sprawy gnicia, najsilniejszą jest trucizną dla bakteryj, tak można przypuścić, że rozwój spirochet wytwarza wreszcie produkta zabójczo na takowe działające. Istota owa trująca, któréj wcale nie znamy, zamienia spirochety w detritus, wydzielany z ustroju skutkiem ogólnéj przemiany materyi.

Pojawianie się nawrotów choroby tłumaczy się tém, że nie wszystkie zarodki spirochet zostają wydalone, że z pozostałych zarodków po 5 do 8 dniach powstają nowe spirochety, dla których istniejący jeszcze w ustroju z ostatniéj kryzys jad jest zbyt słabym, aby przeszkadzał dalszemu rozwojowi grzybków. Daléj należy przypuścić, że im więcéj spirochet w ustroju tém téż więcéj, w okresie znikania tychże, „jadu“ zostaje produkowanego, który przeszkadza rozwojowi nowéj generacyi pasorzytów. Na dowód przytacza A. przypadek, gdzie u kobiety, na 12 godzin przed kryzys, w każdém polu mikroskopu znacznie więcéj niż 100 naliczył spirochet (zazwyczaj naliczył w tym okresie 16 grzybków) a zatém ilość nierównie większą. W tym przypadku cała choroba na jednym skończyła się napadzie, „oczywiście produkcyja jadu, w okresie znikania, wzgl. rozpadu spirochet była tak nadmierną, że drugi nawrót choroby żadną miarą zjawić się nie mógł.“

Kwestyję rozmnażania się spirochet wyjaśniają znacznie poszukiwania Albrechta. Pomijamy opis metody odznaczającéj się niezwykłą dokładnością, a prostotą, dwie cechy tak rzadko w parze idące w badaniach doświadczalnych. Uprzedzić wszelako musimy, że jak z właściwości samego przedmiotu wynika, o ciągłéj bezustannéj obserwacyi spirochet pod drobnowidem mowy być nie może, chyba żeby badający przez parę tygodni bez przerwy nad mikroskopem siedział. Przez odpowiedne zestawienie jak największéj liczby obserwacyj, z różnych okresów, możebném było otrzymać zupełny szereg rozwoju.

Przy téj sposobności opisuje A. przemiany, jakim ulega krew w ciągu dłuższego czasu, w preparatach w których obserwował spirochety. Obserwacyje te są w wysokim stopniu ciekawe i z rzadką dokładnością opisywane, jako nie będące wszelako w ścisłym związku z przedmiotem pomijam je odsyłając ciekawego czytelnika do oryginału.

Przedewszystkiém usiłuje A. wytłumaczyć znaczenie „drobnych ziarenek“ we krwi się znachodzących. Ziarenka te, napotykane w każdéj krwi, są do dnia dzisiejszego przedmiotem najróżnorodniejszych przypuszczeń, dzielących autorów na liczne obozy. A. po krytyczném zestawieniu obszernéj

[1]) Odpowiadające najnowszym poglądom Wernicha: *Zur Bacterientödtung, Berl. kl. Woch.* 1880, Nr. 4.

odnośnéj literatury i porównaniu wyników obcych z wynikami studyjów własnych, przychodzi do wniosku, że ziarenka te wciąż się poruszające, wielkości ziarenek wśród ciałek białych się znachodzące, mocno światło łamiące, okrągławe, są ciałkami pierwocinowemi *(Elementarkörperchen Arndta)* powstałe z rozpadu komórkowych tworów krwi. Wzmiankowane ziarenka znachodzą się i w zdrowéj krwi; we krwi chorych na gorączkę powrotną spostrzegł A. jeszcze drugi rodzaj ziarenek, mniejszych, również wciąż się poruszających, lecz o stosunku tych ziarenek, ani powyżéj wspomnianych, do rozwoju spirochet nic stanowczego nie orzeka [1]). Z własnych obserwacyj przychodzi A. co do genezy spirochet do wniosków dających się streścić w sposób następujący:

Spirochety znajdują się we krwi i w okresie apireksyi jednak tylko w postaci zarodków *(Keime)* [2]). Zarodki te przechodzą przez szereg zmian, których tworem ostatecznym jest znana postać spirochety. Do rozwoju tego nie potrzeba tych warunków, jakie istnieją we krwi krążącéj, spirochety rozwijają się i we krwi, która chemicznie i fizycznie jest zmienioną, bo pod szkiełkiem nakrywkowém. Że w tym przypadku nieco wolniéj się rozwijają, jest jasną rzeczą, zważywszy różnice temperatury.

Pasorzyty wzmiankowane powstają z drobnych ziarenkowatych tworów, w początkach jednoczących się po dwa, późniéj w liczniejsze gromadki. Istotę kitową stanowi blade pierwoszcze nie zawsze dostrzegalne. Z biegiem czasu wytwarza się wśród ciągłych ruchów nitka kształtu różańcowatego, na któréj w miejscach odpowiadających zgrubieniom powstają zagięcia przechodzące wreszcie w skręty. Wszystkie te przemiany mógł autor stwierdzić na preparatach. Kolejność zmian opisanych nie ulega najmniejszéj wątpliwości.

Nieliczne badania i doświadczenia „potem" chorych na gorączkę powrotną wydały ujemny wynik [3]). *Deutsches Arch. f. kl. Med.* 29 Bd. 1 u. 2 Heft). *Dr. Pisek.*

Butry: Zapalenie płuc nagminne złośliwe.

Jeżeli w jakimś dziale, to bezsprzecznie w kwestyjach etyjologicznych, działalność lekarza praktycznego, w piękne dla nauki obfitować może owoce. — Statystyki śmiertelności, obejmującéj wszystkie warstwy społeczne, opracowanéj na zasadach umiejętnych, do dnia dzisiejszego nie mamy, a takowéj tylko lekarze praktyczni dostarczyć mogą. Wszelka wiedza nasza jest, dopóki ten brak istnieje, tylko łataniną, jak się Jürgensen wyraża. Co do niektórych chorób, a mianowicie zapalenia płuc dławcowego, widoczne są w tym kierunku liczne usiłowania skrzętnego zbierania i najdrobniejszych odnośnych szczegółów. Téj też okoliczności zawdzięczamy, że w drugiéj połowie bieżącego stulecia chorobę przerzeczoną wcale inaczéj pojmujemy jak nasi poprzednicy. Pomimo wiekopomnych zasług gienijalnego Laënneca, istotnego twórcy dyjagnostyki téj choroby, dziś przecież zapalenie płuc dławcowe już przestało być dla nas schorzeniem tylko narządu oddechowego.

Najmniejszéj nie ulega wątpliwości, że mamy do czynienia z chorobą ogólną, zakaźną, że zmiany w płucach są tylko wyrazem infekcyi ogólnéj dla przypuszczalnego jadu, który ze szczególném upodobaniem sadowi się w płucach, podobnie jak w durze brzusznym sadowi się w przyrządzie gruczołowym. Zwykłe bodźce zapalne żadną miarą nie są zdolne wywołać téj choroby, występującéj jak i inne choroby zakaźne, nieraz nagminne. Ostatni szczegół jest jednym z najsilniejszych filarów nowszéj nauki o zapaleniu płuc. Dotyczy to wszystkich form zapalenia płuc dławcowego, zwykłych i ciężkich (astenicznych czyli tyfoidalnych), które w zasadzie nie różnią się między sobą.

Złośliwa epidemija zapalenia płuc, z któréj poniżéj sprawę zdajemy, a którą obserwował we wiosce Beherbach Dr. Butry *(Deutsches Archiv f. kl. med.* 29 Bd. 1 u. 2 Heft) przedstawia szereg dwudziestu przypadków należących do drugiéj kategoryi według podziału Leichtensterna, tj. do téj postaci, która się różni pewnemi klinicznemi i anatomicznemi właściwościami, a typowym przebiegiem, większą złośliwością i charakterem t. zw. astenicznym czyli durowym od zwykłego zapalenia dławcowego płuc.

Nie tu miejsce powtórzyć obrazy chorobowe Leichtensterna, jak to Butry czyni, obrazy, które nie zastąpią braków, jakie niestety symptomatologija przez autora skreślona nader szczupła, wykazuje. Niech nam wolno będzie podać choć część statystyczną z odnośnemi szczegółami.

Na 460 mieszkańców, jakich ta wioska liczy, zapadło w ciągu kilku tygodni 20 osób a zatém przeszło 4% [1]).

Z liczby téj zmarło dziewięciu chorych przeważnie starszych, z dzieci zmarło jedno. Najczęściéj zapadali ludzie, którzy kiedyś dawniéj przebywali zapalenie płuc, szczególniéj starcy i dzieci, najrzadziéj mężczyźni w sile wieku. Znaczny wpływ na szerzenie się choroby zdawały się wywierać stosunki rodzinne, gdyż zazwyczaj zapadało, dość często tuż po sobie, kilku członków rodzin spokrewnionych ze sobą, odwiedzających lub pielęgnujących się nawzajem.

Przebieg epidemii był tego rodzaju, że po mierném nasileniu dosięgła wkrótce największego nasilenia (rozpostarcia i złośliwości). Koniec epidemii cechowały przypadki poronne.

Na jeden objaw chcielibyśmy zwrócić uwagę, a mianowicie na zachowanie się śledziony. Szczegół ten autor niestety zbyt powierzchownie traktuje a przecież godziło się narządowi w przebiegu chorób zakaźnych zazwyczaj zmienionemu nieco więcéj poświęcić uwagi.

Pomimo, że większość autorów utrzymuje, że śledziona nie doznaje powiększenia wśród przebiegu zapalenia płuc, twierdzi Jürgensen stanowczo, że „zazwyczaj w zapaleniu płuc znachodzimy obrzęk śledziony, czasem nawet dość znaczny" (l. c. 114), ze zimnicą wcale w związku nie będący. Właśnie też częstość niezwykła obrzęków zimniczych śledziony utrudnia w wysokim stopniu rozpoznanie. Czy okolica, w któréj przerzeczona epidemija się rozwijała, do zimniczych należy, tego autor nam nie powiedział; z dodanego szkicu terenowego widać tylko, że bagna w pobliżu nie ma.

Otóż z dwudziestu prypadków, które B. obserwował,

[1]) Nie mniéj uderzającą jest rzeczą, że pracy Riessa (*Ueber Zerfallskörperchen*) ogłoszonéj przed dwoma laty, wcale nie uwzględnia a poszukiwania tego autora odznaczają się wielką dokładnością. *Przyp. Spraw.*

[2]) Przed kilku laty pojawiła się praca, jeżeli się nie mylimy, Zenkera, któréj autor twierdzi stanowczo, że i w apireksyi obserwował dokładnie rozwinięte, liczne spirochety. Fakt ten podajemy bez wszelkiego komentarza. *Przyp. Spraw.*

[3]) Przypuszczenie zaraźliwości krwi trupiéj, które autor wypowiada w swéj pracy, zyskało potwierdzenie w chorobie prof. Perlsa i Dra Salomona w Berlinie, którzy stanowczo przy wykonaniu sekcyi się zarazili.

[1]) Ten sposób obliczania procentu chorobliwości jest co najmniéj niedokładnym. Już przed kilkudziesięciu laty zwracali zawodowi statystycy na to uwagę, iż jak w tym przypadku, z liczby 20 żadną miarą o odsetku sądzić nie należy. Liczba ta jest zbyt skromną, iżby uprawniała do obliczeń „na 100."

tylko w 7 mógł stanowczo wykazać, że śledziona nie jest powiększoną, co do reszty nie wiemy nic o zachowaniu się śledziony.

Powyższych 7 przypadków dotyczy przeważnie indywiduów starszych przy miernie długiém trwaniu choroby (min. 4 dni, max. 8 dni). Płeć nie odgrywa roli. Ciepłota nie ściśle podana.—Co do rozpostarcia sprawy zapalnéj w płucach to zazwyczaj tylko jedno płuco było zajęte, tylko w jednym przypadku dotyczyło obu płuc. Szczyty płuc, jak to z historyi chorób widać, tylko u umniejszéj połowy chorych były zajęte.

Żółtaczkę zauważył autor w pięciu przypadkach. Do wytłumaczenia tych szczegółów ani przebieg choroby, ani jakieś inne właściwości, zdaniem autora, nie dają podstawy. Jeszcze na jeden szczegół wypada w téj epidemii zwrócić uwagę, mianowicie na nadmiernie przewlekającą się rekonwalescencyję.

Braki w powyższéj pracy usprawiedliwia B. nader niekorzystnemi warunkami, w jakich lekarz na wsi się znachodzi. Jako przyczynek do nauki nowszéj o zapaleniu płuc ma jednakowoż i swoje strony dodatnie. *Dr. Pisek.*

James Ross: **Afazyja amnestyczna w skutek obrażenia głowy.**

Wilhelm Abson, lat 44 liczący, dn. 21 września r. b. spadł z dachu omnibusowego twarzą naprzód, a przeniesiony zaraz do oddziału chirurgicznego prof. Lunda w Manchesterze z objawami wstrząśnienia mózgowego okazywał wynaczynionki podspojówkowe na oku prawém i dwa otarcia powierzchowne na głowie po stronie prawéj; mocz c. g. 1030 nie zawierał białka, ale za to znaczną ilość cukru. Przez dni kilka chory pozostawał w stanie nawpół bezprzytomnym, powoli jednak odzyskiwał samowiedzę, a na wszelakie pytania odpowiadał zawsze jednemi i temi samemi wyrazami: „two“ i „tooth“ (dwa, ząb). W 7 dni po doznaném obrażeniu Dr. Ross rozpoznał u chorego afazyję; chory rozumiał wszystko i czynił, co mu polecono, jednak mowa jego była całkiem niezrozumiałą, również czytał niezrozumiale ustępy z biblii, a na zlecenie, aby podpisał swoje imię i nazwisko chwycił za pióro, na głos wymówił każdą literę, jednak to, co napisał, nietylko nie licowało z tém, co wymówił był, ale było nadto niezrozumiałem; opiewało bowiem: „Wuagageag Abreaghrer.“ Gdy mu kazano liczyć, zaczynał każdym razem od jednostki, umiał wprawdzie podać, że dwa razy dwa czynią cztery, ale 4 i 5 czyniły według niego 35. Nie zdobywał się następnie na należyte oznaczenie przedmiotów; pióro (pen) nazywał „tooth“, krzesło (chair) „book“ itd. Ilość cukru w moczu znacznie zmniejszona. Od dnia 1 października wyzdrowienie postępowało, a poprawa rozpoczęła się od zdolności dokładnego wymawiania wyrazów jednozgłoskowych, podczas gdy dwu- i więcéj zgłoskowe były jeszcze całkiem niezrozumiałemi; zachodziła także jeszcze trudność w wymawianiu rzeczowników; tak np. na pytanie, co to za przedmiot, gdy pokazano pióro, odrzekł: „to służy do pisania“, a biorąc pióro do ręki maczał je w atramencie, celem demonstrowania, do czego ono służy; gdy mu pokazano klucz, wziął go do ręki, kręcił nim i mówił raz: „open“ (otwarte), a drugi raz „close“ (zamknięte). We 2 dni późniéj już napisał dokładnie imię i nazwisko swoje oraz adres. D. 12 października wypuszczony został na własne żądanie, jakkolwiek zapominał jeszcze nazwisk niektórych przedmiotów.

W tym przypadku bezpośrednio obrażoną została okolica szwu czołowo-ciemieniowego prawego, sądząc po śladach obrażenia, a wstrząśnienie udzielić się musiało zwojom czołowym lewym. (*The Lancet*, 1881, z d. 26 listopada).

L. Blumenstok.

Wiadomosci pomniejsze.

(L. B.) Na posiedzeniu Tow. lekarskiego wiedeńskiego z d. 25 listopada Dr. Zillner, asystent przy katedrze medycyny sądowéj, zdał sprawę z rzadkiego przypadku, w którym człowiek po **ranie kłótéj zadanéj w aortę żył jeszcze dni 16.** W stanie pijanym ukłóty w okolicę podobojczykową prawą mężczyzna przeniesiony został zaraz na jeden z oddziałów chirurgicznych szpitala powszechnego. Następnego dnia gorączka i objawy zapal. płuc; we dwa dni późniéj gorączka ustąpiła, wtedy podejrzywano tętniak międzywarstwowy. Przy sekcyi rana zewnętrzna (spojona 2ma szwami) oraz rana w m. piersiowym okazały się całkiem zagojonemi, w 2gim przestworze międzyżebrowym mała szczelina; zapalenie osierdzia było przyczyną śmierci. W ścianie aorty nad łukiem szczelina poprzeczna 4mm. dluga. Że po zranieniu aorty nie nastąpił krwotok śmiertelny, tłumaczy się małością rany (choć znane są przypadki, w których ukłócie szpilką wystarczyło do wywołania takiego krwotoku), następnie znaczném miażdżycowém zwyrodnieniem aorty, przez co odciąganie się brzegów rany było niemożebném, wreszcie możebném przesunięciem się osierdzia, przez co szczelina natychmiast zatkaną została; nadto i płuco prawe zlepione było z aortą za pomocą błony rzekoméj. Znany jest w literaturze przypadek, w którym żołnierz żył po zranieniu aorty przez 2 lata; umarł on z zapalenia płuc, a rana zamknięta była skrzepem. (*W. m. Presse*, 1881, Nr. 48).

(L. B.) Brown-Séquard: **O stężeniu pośmiertném**: Na posiedzeniu tow. bijologicznego w Paryżu, odbytém w d. 19 listopada rb. B. mówił o doświadczeniach, czynionych w celu wytłumaczenia ogólnego stężenia, które się spostrzega u ludzi i zwierząt, ginących nagle. Stężenie to nie zależy ani od mózgowia, ani rdzenia, ani od pni nerwowych; przyczyną jego jest uraz, działający zrazu obwodowo. W ten sposób wyjaśnia się stężenie ogólne, spostrzegane przez Malasseza u żołnierzy, a którzy po śmierci pozostali w postawie, w jakiéj śmierć ich zaskoczyła. Malassez stwierdza, że takie przypadki widział pod Beaumont, Regnard zaś u górników, zmarłych skutkiem wybuchu gazów; wreszcie Dastres przypomina, że w Ameryce ogłoszono liczne podobne przypadki. (*Gazette des Hôp.* 1881, Nr. 134) (O ile nam wiadomo, w Ameryce tylko Brinton podobny przypadek ogłosił; natomiast opisali je Chenu i Rossbach w wojnie francusko-niemieckiéj, daléj pisali w tym przedmiocie Maschka, Hofmann, Falk, Kussmaul, a myśmy już kilkakrotnie w *Przeglądzie Lek.* zdawali sprawę z prac o stężeniu, które Dubois-Reymond nazywa „katateptyczném“. Wątpimy, ażali tłumaczenie Brown-Séquarda wyjaśnia sprawę, dotąd zagadkową. *Sprawzd.*).

IV. Sekcyja okulistyczna międzynarodowego Zjazdu w Londynie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 45).

Na posiedzeniu 4tém, w dniu 8 sierpnia, Weber z Darmstadu mówił o zmianach chorobowych poprzedzających jaskrę. Pomiędzy zmianami, poprzedzającemi jaskrę, wymienić należy przedewszystkiém zaburzenia w krą-

żeniu ogólném, które sprowadzają zwichnięcie równowagi pomiędzy ciśnieniem tętniczém i żylném. Cierpienia całego układu nerwowego przyczyniają się do sprowadzenia jaskry tylko wtedy, jeżeli są przyczyną zaburzeń w krążeniu. Tak samo zasługują na uwagę zmiany chorobowe tkanin, a w szczególności ścian naczyń, właściwe wiekowi podeszłemu, tylko o tyle, o ile wywołują zaburzenia w krążeniu krwi. Gdy regulowanie czynności krążenia i odżywienia oka zawisło od jego szczególowéj budowy anatomicznéj, stany ogólne, wymienione powyżéj, wywierać téż mogą swój wpływ na wywołanie jaskry tylko wtenczas, gdy naruszają ten mechanizm regulujący oko. Miejscowe zaburzenia w krążeniu, w czynności nerwów i tkanin w ten tylko sposób przyczynić się mogą do wystąpienia choroby. Regularne odbywanie się czynności odżywczych w oku zawisło od stosunku między ciśnieniem cieczy przesączanych z tkanin a ciśnieniem krwi w naczyniach wydzielających. Trwałe podwyższenie ucisku śródocznego, takie jakie napotykamy w jaskrze, tłumaczy się tylko niestosunkiem między przypływem i odpływem cieczy przesączanych. Ciecze te przechodzą przez liczne sączki, z których jedne mają postać sieci, inne zaś utworzone są przez błony szkliste. Przechodzą zaś te ciecze z ciałka szklanego do komórki tylnéj, a ztamtąd przez źrenicę do przodkowéj, z któréj dostają się przez kąt obwodowy na zewnątrz i w kilku kierunkach na powierzchnię gałki ocznéj. Wszelkiego rodzaju ścieśnienie lub zatkanie któregokolwiek miejsca tych dróg pociąga za sobą zastój cieczy w częściach daléj ku tyłowi położonych. W ten sposób przychodzi do skutku pierwsza przyczyna wywołująca jaskrę, bo zniszczony zostaje regulator ucisku śródocznego. Ażeby jednak stan taki mógł się wytworzyć, potrzeba według prawideł hydrostatycznych jeszcze drugiéj ujemnéj przyczyny, potrzeba żeby reakcyja, którą wywołuje podwyższenie ciśnienia cieczy środocznych na naczynia wydzielające, nie przyszła do skutku, tj. żeby ciśnienie wewnątrz i zewnątrz naczyń nie mogło się zrównoważyć. Otóż niezbite doświadczenia nad przesączaniem dowodzą, że przenikliwości przegrody z błony zwierzęcéj nie reguluje niższy lub wyższy stopień ciśnienia, lecz że ona zawisła wyłącznie od różnicy ciśnienia na zewnętrzną i wewnętrzną powierzchnię błony. Jeżeli różnica ciśnienia zmniejsza się, wzmaga się przenikliwość, a z nią razem wzmaga się ilość i gęstość przesączyny; jeżeli przeciwnie wzmaga się różnica ciśnienia na obie powierzchnie błony, to zmniejsza się gęstość i ilość przesączyny, a to tém bardziéj im większą staje się różnica. Wynika z tego jasno, że w razie wzmagania się ciśnienia cieczy ocznych wzmaga się przesączanie z naczyń do wnętrza oka w stosunku coraz wzrastającym, dopóki nie wyrówna się ciśnienie na obie powierzchnie błony. Takie wyrównanie atoli nastąpić może dopiero przy ciśnieniu odpowiadającém parciu krwi w tętnicy ocznéj i jéj rozgałęzieniach, w miarę bowiem jak ciśnienie w naczyniach wydzielających i w cieczach ocznych blizkie jest wyrównania zmniejsza się ilość cieczy przesączanych z naczyń ugniecionych pomiędzy twardówką a ciałkiem szklaném. Takiego jednak wyrównania, ucisku nie spostrzegamy w żadnym okresie jaskry. Jeżeli za przyczynę jakiegoś zjawiska uważamy wydarzenie poprzedzające to zjawisko stale i koniecznie, to odnośnie do jaskry za taką przyczynę poczytać możemy tylko ciągle wzmagające się ścieśnianie odpływów cieczy śródocznych. Wszystkie inne wydarzenia poprzedzające jaskrę nie mogą jéj wywołać ani pojedyńczo ani razem wzięte, podczas gdy ta przyczyna sama przez się jest dostateczną i wywołuje jaskrę nieodmiennie, byle jéj inne przeciwne warunki w tém nie przeszkodziły.

Kliniczne odmiany jaskry zawisły od miejsca, w którém odpływy cieczy śródocznych doznają ścieśnienia lub zatkania. Rodzaj jaskry—pierwotna lub następcza — zależy od sposobu, w jaki te zmiany się dokonywają. Przyroda zapalna lub niezapalna zawisła od oddziaływania sprawy chorobowéj na krążenie w naczyniach wydzielających; przebieg zaś powolny, ostry lub piorunujący, od rozległości ścieśnienia lub zatkania odpływów.

Laqueur mówił o zmianie refrakcyi w przebiegu jaskry. Rozpowszechnione jest mniemanie, że nadmiarowość napotykana tak często w jaskrze zawisła od przypłaszczenia rogówki z powodu podwyższenia ucisku śródocznego. L. tymczasem utrzymuje, że *a)* refrakcyja nie zmniejsza się w jaskrze, *b)* że nadmiarowość już przedtém istnieje i do jaskry usposabia, *c)* udowodnił on, że irydektomija wywołuje w jaskrze stale trwałe zwiększenie refrakcyi we wszystkich południkach, a to zapewne skutkiem zmiany krzywizny przodkowéj powierzchni soczewki, podczas gdy taka zmiana w innych przypadkach nie ma miejsca. To podwyższenie refrakcyi wynosiło w 12 przypadkach między 0·75 D aż do 4 D., a było najznaczniejsze w przypadkach jaskry zapalnéj u osób starszych.—Priestley-Smith podaje krótkie streszczenie swojéj teoryi jaskry, upatrującéj jéj przyczynę w ścieśnieniu przestworu okołosoczewkowego i następczém zwiększeniu parcia w ciałku szklaném. Na dowód przytacza wynik badania całego szeregu soczewek ludzi dorosłych, które wykazało, że tak ciężar jak i objętość soczewki wzmaga się z wiekiem, a następnie okazuje dwa preparaty świeżéj jaskry zapalnéj, w których brzeg soczewki ugniata obrzmiałe wyrostki rzęskowe i skutkiem tego zatyka kąt tęczówkowy.

(Dokończenie nastąpi).

Ze Zjazdu Salcburskiego Przyrodników i Lekarzy odbytego w r. 1881.

(Ciąg dalszy Patrz Nr. 47).

Prof. Demme z Berna radzi, aby w obradach nierozróżniano dławca od błonicy, a co się tyczy stósowania kąpieli parowych, to jego zdaniem na początku cierpienia, kiedy tkaniny jeszcze należytą posiadają odporność, mogą one być bardzo przydatne, atoli jeźli obok tego cierpią nerki, to ich użycie z pewnością byłoby szkodliwe, gdyż kąpiele parowe podwyższają ciśnienie krwi, podobnie jak to czyni chlorek pilokarpinu; byłby również za tém, aby zaprowadzono po szpitalach łaźnie parowe, aby je można stósować w przerzeczonéj niemocy, wówczas dopiero będzie można orzekać, czy i w którym okresie choroby okażą się zbawiennemi. Przypomina również że na jednym ze Zjazdów Dr. Rauchfuss, dyrektor szpitala dla chorych dzieci w Petersburgu, gorąco zachwalał stósowanie pary wodnéj w dławcu krtaniowym, zamierzając tym sposobem wskroś przewilżyć błony dławcowe rzekome, tak jak się to dzieje przy użyciu chlorku pilokarpinu przez powiększone wydzielanie śliny.

Dr. Stamm widział przed kilku laty w Londynie błonicę miejscową, która wiele ofiar pochłonęła, nim używano środków zewnętrznych, gdy zaś zaczęto wdmuchiwać siarkę sproszkowaną, natenczas śmiertelność znacznie się zmniejszyła.

Dr. Förster, po ukończonym odczycie, okazał znaczną

ilość krzywizn z obserwacyi podwyższonéj ciepłoty, jaka następowała przy użyciu kąpieli parowych, przyczém dodaje, że parówka i w białkomoczu bywa zbawienną, a na zapytanie Dra Lederera z Wiednia, czy błonicę także leczył miejscowo, odpowiada twierdząco.

Dr. Kunze z Hali mówił, że gdy błonica jest grzybicą (*mykosis*), przeto zadaniem lekarzy być powinno wytępić grzybki na miejscu; rozmaite ku temu służą środki, niektóre z nich działają sposobem żrącym, a często przez zbyteczne drażnienie sprawa chorobowa posuwa się, a dziecię umiera z dławca krtaniowego. Ku zniszczeniu nacieku, w którym się mieszczą grzybki, radzi on stósować przyparki sporządzone z mąki żytniéj w wodzie gotowane, przyparki mają być gorące i co dziesięć minut odnawiane, po dwóch najdaléj po trzech dniach masy błonicowe się oddzielają, naprężenie szyi się zmniejsza, a miejsca błonicą zajęte zwolna się oczyszczają.

Na jedném z posiedzeń sekcyi lekarskiéj prof. Störk z Wiednia, mówiąc o poczynającéj się błonicy jamy gardłowéj, radził zaraz na wstępie pomazywać pokład błonicowy dość silnie pędzelkiem twardym szczecinowym rozczynem kwasu salicylowego, aż się go nie wyskrobie jakby skrobaczką ostrą, i sądzi że tym sposobem możnaby ochronić chorego od posuwania się choroby. Projekt atoli podany nie pozyskał sobie zwolenników, i owszem w imieniu wszystkich lekarzy praktycznych sędziwy prof. Seitz z Mnichowa, zabierając głos, zastrzega się przed stósowaniem wszelkich środków mechanicznych, drażniących, a to dla tego że nie tylko nie pomagają, a często nawet szkodę zrządzają przez zadrażnienie miejsc zajętych i dotąd wolnych, tak że choroba daléj się szerzy i przenosi na okolice, w których usadowienie się choroby grozi wielkiém niebezpieczeństwem, jak np. w krtani.

Na posiedzeniu pedyjatryczném prof. Störk pomny porażki doznanéj, wniósł, aby dyskusyję o leczeniu błonicy odroczyć, i traktować ją na osobném posiedzeniu *ad hoc* zwołać się mającém, na co się wszyscy zgodzili, nie odbyło się ono jednak późniéj, gdyż przekonano się z dotychczasowych rozpraw, że dotąd nie posiadamy leku swoistego przeciwko błonicy.

Pozwolą teraz szanowni czytelnicy, że się nieco zastanowię nad błonicą i jéj tożsamością z dławcem i nad dualizmem. Przyznaję, że mi się arcydziwném wydaje, jeśli jakby z trójnoga oświadczają, że dławiec i błonica są jedną i tą samą chorobą, gdy codzienne doświadczenie wykazuje, że nie tylko pojawy, przebieg, rokowanie, następstwa i zakończenie choroby, odróżniają jednę chorobę od drugiéj, jakkolwiek wydarzają się nieraz przypadki, co do których trudno oznaczyć, czy się ma przed sobą dławiec lub téż błonicę? Czyżby nie było stósowniejszém użyć podziału co do wrzodów wenerycznych wprowadzonego, zwłaszcza że błonica ma poniekąd podobieństwo do choroby wenerycznéj, mianowicie co do cierpienia naczyń i gruczołów chłonicznych, to jest aby tak jak się przypuszcza szankier miękki, twardy i mięszany, aby postanowić trzy postacie choroby: dławiec, błonicę i połączenie dławca z błonicą; ostatnia nazwa służyłaby do oznaczenia wątpliwych i niewyjaśnionych przypadków choroby. Wiadomo, i nieomal codzienném stwierdzone jest doświadczeniem, że dławiec krtani nagabuje dzieci od lat dwóch do siedmiu, najczęściéj dzieci zdrowe, dobrze żywione, wydarza się zwykle albo na wiosnę, albo w późnéj jesieni, koło Wielkiéj nocy i koło Nowego roku, w marcu i grudniu, a chociaż jednocześnie wiele wydarza się przypadków, to jednak udowodnioném nie jest, że jest zaraźliwy, jak niemniéj pewném jest, że rzekoma błona przeniesiona z chorego na zdrową osobę nie sprawia dławca. Błonica zaś pojawia się w różnych porach roku, nie tylko na wiosnę lub w późnéj jesieni; wydarza się między dziećmi, u osesków wyjątkowo się pojawia, od trzeciego roku życia częściéj, raz przebyta nie chroni od powrotu, w Niemczech zaś napastuje i dorosłych. Choroba ta jest zakaźną. Wydzielina błony śluzowéj zawiera przyrzut, który przeniesiony na zdrową osobę wywołuje błonicę; nie mało znamy przypadków, gdzie operatorowie przy wciąganiu wydzieliny z rany błonicowéj, po dokonanym rękoczynie zarazili się i z błonicy zmarli. Znam przypadek, gdzie śp. prof. Gilewski na dziewczynce jedynastoletniéj wykonał cięcie tchawicy z powodu cieśni krtaniowéj wywołanéj gardłową błonicą, a uczniowie wydziału lekarskiego, którzy po dokonanym rękoczynie obserwowali chorą i zajmowali się wydobywaniem i oczyszczaniem cewki krtaniowéj zachorowali na dość znaczną błonicę dziąseł, z któréj jednak szczęśliwie wybrnęli, operowana zaś w 13 dni po dokonanym rękoczynie zmarła z błonicy saméjże rany. Pominąwszy już grzyby, o których dotąd nie wiemy czy są przyczyną lub skutkiem choroby, jeszcze ważniejsze są następstwa błonicy, których po uleczonym dławcu nigdy nie spostrzegano. I tak w kilka tygodni po ukończonéj błonicy powstają z niewiadoméj przyczyny objawy porażenne, zajmują one rozmaite gromady mięśni, przeważnie zaś mięśnie twarzowe, lecz niemniéj i odnóg, pęcherza i kiszki odbytowéj. Wydarzają się wszystkie przejścia od niedowładu aż do zupełnego porażenia, porażenie mięśni połykowych utrudnia połykanie, lecz nigdy do tego stopnia, aby odżywianie ustroju miało przez to cierpieć, mowa staje się nosową, gęgającą; migotanie, zezowatość, widzenie zdwojone skutkiem niedowładu nerwu okoruchowego, rzadziéj nerwu odwodzącego; przy porażeniu mięśni krtani głos traci zwykły dźwięk, kaszel, wykrztuszanie bywa trudne, porażenie odnóg sprawia niepewne ruchy a przy dłuższym w końcu niedowładzie lub porażeniu zanikają mięśnie.

Jeśli więc teraz ma być wszystko jedno, czy dławiec lub błonica, to tożsamość tych chorób sprawi zamęt w pojęciach, z którego trudno się będzie wydobyć.

(Ciąg dalszy nastąpi).

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu 49 (od 20 do 26 listopada) podniosła się ogólna śmiertelność w Krakowie z 32,5 do 34,7. Z ospy umarło 4. (2 z. t.); z płonicy 1 (3 z. t.); z błonicy 1 (2 z. t.); z krztuśca 1 (0 z. t.); z gorączki połogowéj 0 (1 z. t.); z róży 1 (1 z. t.). W tygodniu 45 (do 5 listopada) ospa w Londynie zabrała wprawdzie tylko 24 ofiar, lecz w szpitalach leczyło się 489, i świeżo zapadło 95. W Wiedniu umarło 26, w Saragossie 19, w Budapeszcie 11, w Paryżu 6, w Petersburgu 4. Z końcem września panowała ospa w Madrycie, również w Lizbonie i Rzymie częste bywały w tymże miesiącu przypadki ospy, a w Chicago umarło 26, w Filadelfii 11. Z płonicy umarło w Londynie, 95, w Budapeszcie 19. Z duru osutkowego umarło w Londynie 5, w Petersburgu 8. Z czerwonki umarło w Aleksandryi 20. W Mekce umarło 24 października 7 z cholery, 25 października 13. Od 25—30 września umarło w Medynie z cholery razem 367. Cholera w Medynie rozpoczęła się 29 września pomiędzy wojskiemi i ludnością miejską. Od 1 listopada wzmogła się cholera w Mekce, kiedy umarło 48; 2 umarło 49; 3 umarło 55; 4 umarło 215; 5 umarło 214; razem 581 umarło.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 45 (do 5 listopada) umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 24.0; we Lwowie 27.3; w Poznaniu 22,6; w Wiedniu 24,0; w Budapeszcie 28,3; w Tryjeście 37,9; w Berlinie 23,6; w Wrocławiu 25.0; w Gdańsku 25,0; w Mnichowie 30,1; w Dreźnie 23,7; w Lipsku 23,0; w Bazylei 13.4; w Brukseli 22,3; w Amsterdamie 22.8; w Hadze 24,3; w Paryżu 23.3; w Londynie 22,4; w Kopenhadze 21,2; w Stokholmie 18,5; w Chrystyjanii 14,3; w Petersburgu 38,6; w Odesie 34,9; w Rzymie 22.5; w Bukareszcie 20,3; w Madrycie 33,6; w Barcelonie 27,5; Lizbonie 22,5; w Aleksandryi 46,4; w Nowym Yorku 33,6; w Filadelfii 24,7; w Bombaju 29,1; w Madrasie 35,7. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 1 grudnia. Na posiedzeniu swém z dnia 25 listopada rb Wydział lekarski zamianował p. Józefa Patrynę, doktoranda medycyny, 1szym asystentem przy katedrze anatomii opisowéj, oraz postanowił rozpisać konkurs na posadę asystenta przy klinice chorób dziecięcych z terminem podania się aż do 13 bm.

* Dr. Rydygier w Chełmnie doniósł nam w d. 26 listopada, że chora operowana przez niego (resekcyja żołądka) 5go dnia po operacyi miała się bardzo dobrze, dostała po raz pierwszy rosołu i nie czuje żadnych dolegliwości w żywocie. Gorączka kilka razy dochodziła do 39.0°C., w d. 26 bm. była 38.4°. Przy zmianie pierwszego opatrunku rana brzuszna okazała się zagojoną *per primam*. Wycięcie uskutecznioném zostało z powodu zwężenia odźwiernika po wrzodzie żołądkowym.

* Na posiedzeniu Wydziału budżetowego Rady państwa we Wiedniu, odbytém w d. 28 listopada rb., poseł prof. E. Czerkawski uczynił następujący wniosek: „Wzywa się Rząd, aby w myśl rezolucyj Izby poselskiéj z d. 24 marca 1870, 12 maja 1879 i 22 kwietnia 1880 przystąpił do uzupełnienia uniwersytetu lwowskiego Wydziałem lekarskim i w tym celu już w preliminarzu na rok 1883 odpowiednią kwotę umieścił.“ — Minister oświaty baron Conrad zwrócił uwagę, że podobna rezolucyja w roku przeszłym odrzuconą została. Brakowi lekarzy na prowincyi nie zaradzi Wydział lekarski; złe bowiem tkwi w stosunkach ekonomicznych i finansowych ludności tak w Galicyi, jakoteż w innych krajach koronnych Z tego powodu uważa Wydział lekarski w Krakowie, którego frekwencyja powiększa się a w roku bieżącym dochodzi do 130 uczniów, za dostateczny; co najwięcéj wypadałoby może przywrócić we Lwowie szkołę chirurgiczną, jako stosunkom ludności na prowincyi bardziéj odpowiadającą. W każdym razie oświadcza się przeciw terminowi w rezolucyi oznaczonemu. Rezolucyję atoli przyjęto. — Mamy więc o jednę rezolucyję uchwaloną więcéj — a za to w perspektywie — bodaj najdalszéj — sławetną szkołę chirurgów zmartwychstać mającą!

m. Z Rosyi. Drowie Nagórski i Subbotin, zamianowani zostali prywatn. docentami w wojskowo medycznéj Akademii, pierwszy do higijeny, drugi do chirurgii. Profesorem farmakologii w Dorpacie zamianowano Dra Jana Meyera ze Strasburga. „*Wracz*“ z tego względu dziwi się, dlaczego przy nominacyi pominięto docenta w tymże uniwersytecie Dra Podwysockiego, który jest znanym w literaturze z wyborowych prac na polu farmakologii. W tymże uniwersytecie rektorem obrany został Dr. Wahl, chirurg, 23 głosami, Dr. Schmidt fizyjolog otrzymał głosów 18.

* **Londyn**. Ustawa przeciw wiwisekcyjom dotkliwie czuć się dała znakomitemu fizyjologowi prof. Ferrierowi; oskarżony bowiem został o przekroczenie téj ustawy z powodu doświadczeń, które czynił na małpach na ostatnim Zjeździe międzynarodowym. Szło głównie o to, że zwierzęta nie zostały zabite przed ustaniem skutku znieczulenia, lecz przeciwnie zostały przy życiu zachowane, celem czynienia na nich dalszych spostrzeżeń. Sąd policyjny uwolnił wprawdzie badacza, ale tylko z powodu, że nie dało się wykazać, że on sam wziął udział w operacyi. Z tego powodu Towarzystwo lekarskie londyńskie uchwaliło jednomyślnie przesłać Ferrierowi razem z powinszowaniem hołd uznania jego zasług. *(The Lancet)*.

* **Nekrologija.** W Paryżu umarł Eugieni Boutmy, chemik sądowy, w 49 roku życia. W roku przeszłym ogłosił on razem z prof. Brouardelem rozprawę o ptomainach, z któréj niezadługo zdamy sprawę.

W Bonnie zmarł d. 24 listopada prof. Wilhelm Busch w 55 roku życia, odznaczony niedawno przez Cesarza niem. za operacyję pomyślnie wykonaną na Cesarzowéj Auguście. Prof. Busch urodził się w Marburgu dnia 5 stycznia 1826 r., był asystentem Jana Müllera i Langenbecka, od r. 1855 profesorem w Bonnie, brał udział we wszystkich wojnach pruskich; znane są prace jego o przepuklinach i ranach postrzałowych oraz podręcznik chirurgii.

Tegoż dnia umarł w Brzeżanach Dr. Henryk Rasp, lekarz pułkowy, w 40 roku życia po długiéj i ciężkiéj chorobie. Zmarły był wychowańcem Uniw. Jagiell. i członkiem naszego Tow. lekarskiego. Był to kolega zacny i pracowity.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 48: Kosińskiego: Wewnętrzne nacięcie cewki moczowéj; Kramsztyka: Zapalenie oczów pryszczykowe (dok.); Szwajcera: Spostrzeżenie nad przebiegiem epid. gorączki powrotnéi w szpit. starozakonnych w Warszawie (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 48: Rogowicza: O dokonywaniu rozwiązania drogą naturalną, zamiast cięcia cesarskiego, po śmierci lub podczas konania ciężarnéj (c. d.)

Redakcyja otrzymała:

Dra OLPIŃSKIEGO: Zbiór ustaw i rozporządzeń zdrowotnych Tom I i II, Tarnopol 1881, in 8vo str. 410. (Dwa te tomy mieszczą w sobie przepisy ogłoszone od r. 1705—1850, i od r. 1850—1870, i tak jak poprzednie są dedykowane protomedykowi Biesiadeckiemu. Tym sposobem wydawca dotrzymał swego przyrzeczenia i w krótkim względnie czasie ukazał się zbiór kompletny ustawodawstwa sanitarnego austryjackiego w języku polskim. Wydawcy należy się uznanie, ponieważ odtąd lekarze polscy nie potrzebują szukać po zbiorach niemieckich, mając wszystkie przepisy zebrane i zestawione chronologicznie w języku polskim).

Dr. J. SZPILMAN: Spostrzeżenia dotyczące działania atropiny. (Osobne odbicie z „Gazety Lekarskiéj“ 1881) in 8vo str. 8.

Dr. H. KOWALSKI. O podbiegnięciach krwi, ze stanowiska sądowo-lekarskiego, Tarnów, nakładem autora 1881, in 8vo str. 43.

Dr. J. MIKULICZ: O użyciu jodoformu w leczeniu ran, Kraków 1881. (Osobne odbicie z Przegl. Lek.) in 8vo str. 48.

Towarzystwo lek. krak. odbędzie we środę dnia 7go bm. w sali Akademii posiedzenie zwyczajne, na którém po zapowiedzianym już odczycie kol. prof. Browicza mówić będzie kol. doc. Mars o kleszczach Tarniera.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja:
Ulica Podwale Nr. 84.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Boulv. Voltaire 180, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
Kwartalnie	2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	4 „	6 „

Kraków, 10 grudnia 1881. № 50. Rok XX.

I. Pierwszy przypadek wycięcia odźwiernika celem usunięcia zwężenia w skutek wrzodu. Wyzdrowienie.

Podał Dr. Rydygier.

Blizko rok temu, gdy na Zjeździe chirurgów w Berlinie opisując swój przypadek wycięcia odźwiernika zrakowaciałego pierwszy podałem myśl, aby i we wrzodzie żołądka wycinać kawałki tegoż (*Langenbecka Arch.* t. XXVI, z. 3). Dnia 21 Listopada b. r. miałem sposobność urzeczywistnienia swéj myśli.

Tak więc polskiéj chirurgii należy się zaszczyt, że z jéj łona pierwsza myśl wyszła i jeden z jéj przedstawicieli pierwszy wykonał wycięcie odźwiernika we wrzodzie żołądka, a wykonał z dobrym skutkiem.

Dziś podam tylko krótki opis przypadku, a dopiero późniéj wrócę jeszcze raz do tego przedmiotu i dokładnie zbadam niektóre ciekawsze kwestyje.

Karolina Pfenningowa, 30 lat licząca przybyła do naszéj kliniki dnia 16 Listopada rb. Ojciec jéj żyje licząc obecnie przeszło 72 lat, matka umarła po porodzie, rodzeństwo zdrowe; nie wiadomo choréj, jakoby ktoś z rodzeństwa cięższe choroby żołądka cierpiał. Pacyjentka dotychczas nigdy nie była obłożnie chorą. W 18 roku życia dostała regularności i miewała ją regularnie z wyjątkiem jednorazowéj przerwy. Za mąż wyszła w 24 roku; rodziła 3 razy, dwoje pierwszych dzieci żywo urodzonych umarło w krótkim czasie po porodzie, trzecie (w Lutym 1880 r.) urodziło się nieżywe. Od roku 1878 pojawiły się bóle w dołku żołądkowym i apetyt zmniejszał się od czasu do czasu bardzo znacznie. Mimo to nie szukała chora wtenczas porady lekarskiéj sądząc, że dolegliwości bez wszelkiéj pomocy przeminą, gdyż niekiedy czuła się zupełnie zdrową. W połowie ostatniéj ciąży (od Października 1879 r. do Lutego 1880 r.) spotęgowało się jéj cierpienie znacznie i prawie co tydzień wymioty; ustawiczne odbijanie; smak kwaśny, niekiedy zgniły; od Stycznia r. 1880 codziennie wymioty; dwa tygodnie przed porodem wymioty krwawe w znacznéj ilości, koloru czarnego; w skutek tego nadzwyczajne osłabienie i prawdopodobnie odumarcie płodu; przez kilka dni po wymiotach krew pojawiała się także w stolcu. Odtąd wymioty trwały prawie ciągle z małemi tylko przerwami; w ostatnim czasie występowały z pewną regularnością co dni kilka: chora żywiła się głównie płynnemi potrawami; po każdorazowych wymiotach czuła znaczną ulgę, powoli atoli znowu brzuch się wypełniał i wzdymał i po 4—6 dniach znowu następowały wymioty cuchnących płynów nieraz w ilości 10 litrów.

Badanie: Chora wzrostu średniego z miernym pokładem tłuszczowym jest jeszcze dość silną; w sercu i drogach oddechowych nie ma żadnych zboczeń; język nieco obłożony; ściany brzuszne wiotkie, żywot cokolwiek wzdęty; przy uciskaniu ścian słyszeć bardzo wyraźne chełbotanie treści; do wypompowanego żołądka wlać można blizko 5 litrów wody; nietrudno wtenczas oznaczyć dokładnie jego granice: krzywizna dolna sięga do spojenia kości łonowych, górna na 2 palce ponad pępek; 3—4 palcy na prawo od pępka wyczuwamy bardzo niewyraźne stwardnienie, zwiększoną odporność. Reszta przyrządów prawidłowa.

Rozpoznaliśmy: Wrzód żołądka w okolicy odźwiernika ze zwężeniem odźwiernika i następném rozszerzeniem żołądka niezwykłych rozmiarów. W przekonaniu, że wycięcie odźwiernika w takim razie jest zupełnie uzasadnioném, zaproponowaliśmy choréj operacyję, na którą się chętnie zgodziła.

Do operacyi przygotowaliśmy chorą częstém wypłókiwaniem żołądka rozczynem kwasu salicylowego przez 5 dni powtarzaném; w dzień przed operacyją wypróżniliśmy nadto kiszki przez podanie *ol. ricin.* i enemy.

Dnia 21 listopada rb. wykonałem operacyję w pokoju jak zwykle przygotowanym w asystencyi Drów Jacobsona, radzcy zdrowia Wienera i Heinersdorffa, który podjął się chloroformowania. Narkoza była wyborna.

Akt I. Cięcie brzuszne w linii białej 12 cm. długie, którego większa połowa nad pępkiem, mniejsza poniżéj

przypada; obrąbienie otrzewny do skóry. Stwardnienie i zrosty bliznowate w okolicy odźwiernika.

Akt II. Wydobycie części stwardniałej po nad ściany brzuszne bez wielkich trudności, gdyż wszystkie ściany brzuszne z łatwością dozwalają przesunięcia rany ku prawéj stronie, gdzie odźwiernik leżał.

Akt III. Oddzielenie i wycięcie odźwiernika. Akt ten był dość trudny, gdyż tylna ściana żołądka była silnie zrośniętą z trzustką, tak że część jéj musieliśmy wyciąć razem z odźwiernikiem. Jak późniejsze badanie preparatu wykazało, znajdował się tam właśnie wrzód drążący. Po ostatecznem oddzieleniu odźwiernika od wielkiéj i małéj sieci i trzustki założyliśmy moje elastyczne uciskadła na żołądek i odcięliśmy najprzód od téj strony odźwiernik. Ściany żołądka bardzo zgrubiałe. Następnie założyliśmy kompresoryjum na dwunastnicę, ale niestety na tylnéj ścianie nie dostawało miejsca, a zrosty były tak silne, że przez dalsze oddzielanie możnaby narazić ścianę dwunastnicy na przedziurawienie. Po przecięciu dwunastnicy byliśmy zmuszeni zdjąć drugie uciskadła, gdyż tylna ściana zanadto mało wystawała, tak że szyć nie było można. W przypadku tym przekonaliśmy się o wartości uciskadeł; podczas gdy o przecięty żołądek najmniejszéj troski nie mieliśmy, a założone uciskadła służyły wybornie za rączki dozwalające wygodnie wszelkich ruchów żołądkiem, to otwarte światło dwunastnicy napełniało nas ciągłą obawą wydzielając co chwilę stosunkowo dość znaczną ilośc płynu żółciowego, który co prędzéj trzeba było ocierać, ażeby nie wpłynął do jamy brzusznéj a mimo to nie byliśmy pewni, czy nam się udało temu zupełnie zapobiedz. Nadto trudność znaczną sprawiało utrzymanie dwunastnicy w odpowiedniém do szycia położeniu Na przyszłość każę zrobić tylny pręt uciskadła zupełnie. wązki, żeby założenie uciskadeł i w tak trudnych przypadkach umożliwić. Późniéj poznaliśmy przyczynę, dlaczego tylna ściana za mało wystawała z uciskadeł, wycięliśmy razem z bliznowatém otoczeniem odźwiernika około 3 cm. tylnéj ściany dwunastnicy więcéj niż poprzedniéj, ponieważ była zbyt silnie zrośniętą z otoczeniem. Ten przypadek, nie miły co do założenia uciskadeł, oddał nam pod innym względem arcyważną usługę: przez językowe to wycięcie ścian dwunastnicy obwód ich tak się powiększył, że bez wszelkich innych zabiegów mogliśmy odcinki ze sobą połączyć. Tak więc przypadek ten dowodzi faktycznie, że i na człowieku można różnicę świateł wyrównać odpowiedniém wycięciem ścian dwunastnicy, o czém Mikulicz i Wölfler wątpili omawiając propozycyję Dra Wehra. Jakkolwiek bowiem w tym przypadku ani skośnie, ani owalnie, ani kątowato nie przecięliśmy dwunastnicy, jak Wehr proponuje, to jednak przedłużenie obwodu ścian tu zastósowane polega zupełnie na téj saméj zasadzie i wykazuje jasno trafność uwag Wehra.

Akt IV. Zeszycie brzegów dwunastnicy z brzegami żołądka szwem Czernego. Wewnętrzny rząd szwów na tylnéj ścianie założyliśmy od strony błony śluzowéj. Szwu kuśnierskiego nie użyliśmy do wewnętrznego rzędu, z téj przyczyny, że nie byliśmy pewni, czy światła będą się do siebie stósowały. Jako materyjału do szycia użyliśmy katgutu. Po oczyszczeniu zeszytego miejsca i okolicy zapuściliśmy je w głąb posypawszy poprzednio nieco jodoformu.

Akt V. Zeszycie ścian brzusznych, założenie opatrunku przeciwgnilnego.

Przebieg pooperacyjny nie przedstawia nic nadzwyczajnego. Kilka razy dochodziła w pierwszych 9 dniach, miano wicie z rana, gorączka do 39,1, raz do 39,3° C., po południu zwykle się dość znacznie obniżała. Od 5 dni chora już wcale nie gorączkuje; rana ścian brzusznych z wyjątkiem małego miejsca *per primam* zagojona; chora je z apetytem beafstek i pije rosół i kawę; stolec był także już 3 razy zupełnie dobry i obfity; pacyjentka dawniejsza nie czuje najmniejszych dolegliwości, jedném słowém jest zupełnie zdrową. W pierwszych 2 dniach dawaliśmy enemy z rosołu i jajkiem, wino, *Tinct. op. croc.* i morfin, późniéj od 3 do 8 dnia rosół *per os*, wino, *Tinct. op. croc.* i morfin a teraz beafsteki, pieczeń zajęczą, rosół i wino.

Badanie preparatu: Wycięta część jest na tylnéj ścianie 5 cm., na przedniéj 1,7 cm. długa; światło wewnętrzne jest drożne dla świeczki Nr. 9. Po przecięciu przedniéj ściany widzimy na tylnéj wrzód głęboki 1,6 cm., którego podstawa 7 mm. szeroka, a 1,2 cm długa.— Różnica długości tylnéj a przedniéj ściany pochodzi — jak już wspomnieliśmy — ztąd, że kawał tylnéj ściany dwunastnicy razem z bliznowato zrośniętemi częściami trzustki wycięliśmy. Ściany żołądka przecięte niezmiernie zgrubiałe.

Dalsze zajmujące szczegóły omówimy przy innéj sposobności, a wtedy nie omieszkamy donieść o ostatecznym wyniku operacyi co do trawienia i drożności miejsca zeszytego.

II. O duszności.

(Wykład miany w Towarzystwie lekarskiém na posiedzeniu z dnia 18/6 1881).

Przez Dra **Przemysława Pieniążka**,
Docenta Uniwers. Jagiellońskiego.

(Ciąg dalszy Patrz Nr. 47).

Największą sinicę spotkałem w zaduszeniu przez powieszenie. Przy powieszeniu śmierć nie powstaje zazwyczaj przez zaduszenie, ale raczéj przez nadwerężenie rdzenia przedłużonego, ztąd też trupy powieszonych nie bywają sine. Jeżeli jednak wieszanie niewprawną ręką wykonane zostało, zwłaszcza u samobójców, gdzie do braku wprawy dołącza się jeszcze wzruszenie, tam często zdarzyć się może, że rdzeń przedłużony nieuszkodzonym pozostanie, a śmierć dopiero skutkiem zaduszenia lub wynaczynienia w mózgu powstanie. Stryczek na około szyi obciągnięty ucisnąć musi przedewszystkiém żyły, a tém samém zatamować odpływ krwi z głowy, ztąd też w takich razach najwyższą sinicę spotykamy na twarzy i szyi bezpośrednio powyżéj stryczka, ztąd też łatwo wylew krwi w mózgu nastąpić może. Sinica twarzy i szyi dochodzi tu do najwyższego stopnia, tak, że takowe prawie czarno są zabarwione. Nadto jednak spotykamy w tych razach zwykle sinicę i w reszcie ciała, lubo w znacznie już mniejszym stopniu. Sznurek, który tak znacznie ugniótł żyły szyi, gniecie także na krtań i zgniata ją czasem tak silnie, że nie dopuszcza wcale oddechu. Zdaje mi się być zgodném zupełnie z naturą ludzką, jeżeli samobójca przed spuszczeniem się na stryczku po raz ostatni głęboko westchnie. Wdech ten ostatni jednak z powodu ugniecenia krtani już się wydobyć z płuc nie może, wydech już nie jest możebny, a wiszący na stryczku nie straciwszy jeszcze przytomności jeszcze z pomocą mięśni wydechowych pozbyć się nadmiernéj ilości powietrza z płuc usiłuje. Napieranie takie do wydechu musi, jak to wyżéj wyjaśniono,

sprowadzić sinicę na ciele, która lubo nie taka jak skutkiem ucisku samychże żył sznurkiem na szyi, zawsze jednak dość znaczną być może. Toż samo miejsce mieć może w każdém uduszeniu, jeżeli wdech po raz ostatni wciągnięty już się wydobyć z płuc nie zdoła; tam zaś gdzie ten wdech nie miał miejsca, duszony będzie nadaremnie usiłował wciągnąć powietrza, i w walce téj przeważać będzie praca mięśni wdechowych nad wydechowemi, tak że wynikiem ogólna bladość być musi. Toż samo może także nastąpić i w zaduszeniu przez powieszenie, jeżeli przed spuszczeniem się na stryczek nie wdech lecz wydech miał miejsce, wyjątek stanowić będzie jednak twarz i szyja, które, jeżeli tylko śmierć zaraz nie nastąpiła będą sine, z powodu zatamowania przez stryczek odpływu krwi żylnéj z tych części.

W przypadkach duszności nie skutkiem zwężenia dróg oddechowych, ale skutkiem zmienionéj jakości krwi lub ilości jéj w płucach powstałéj, nie zachodzi sam przez się ani powód do ułatwienia, ani do utrudnienia odpływu krwi z ciała, nie będziemy więc mieli ani bladości, ani sinicy w następstwie téj duszności, natomiast jednak często one wystąpią z innych powodów, często mianowicie będą skutkami téjże co i duszność przyczyny. Tak np. bladość w blednicy lub leukemii nie będzie objawem duszności, ale tak samo jak duszność pochodzić ona będzie z zmniejszonéj ilości lub zmienionéj jakości krwi; tak też w rozedmie płucnéj spotkamy często sinicę, która nie będzie skutkiem duszności rozedmie towarzyszącéj, lecz wraz z dusznością pochodzić będzie z zaniku naczyń włosowatych w płucach, który utrudnia odpływ krwi do płuc z prawéj komórki serca, a tém samém i odpływ jéj z ciała do téjże komórki. W rozedmie jednak często dołączać się może i inna przyczyna, t. j. częsty kaszel który lubo chwilowo, ale za to często utrudnia odpływ krwi z ciała do prawego serca, a ztąd do stałego rozdęcia żył ciała prowadzi. Podobnież i wady serca, które wywołują często duszność przez zmniejszenie chyżości krążenia krwi w płucach, tém samém także zastój krwi żylnéj w ciele wywołują.

Tak więc mamy skreślone główne formy zaburzeń w sprawie oddychania wraz z ich wpływem tak na sam akt oddychania jak i na sprawę krążenia. Dodać tu jeszcze możemy, że pod wpływem nagle powstałéj duszności serce zazwyczaj szybciéj bije, a tém samém pracuje tak przeciw zbytniemu ogołoceniu ciała z krwi do prawego serca spływającéj, jak i przeciw zastojowi téjże w żyłach. To szybsze uderzenie serca jednak do zupełnéj kompenzacyi zaburzeń krążenia pod wpływem duszności powstałych zwykle nie wystarcza, a gdy ono wreszcie słabnąć poczyna skutki tych zaburzeń, tém łatwiéj występują.

Nie mamy zamiaru rozbierać po szczególe wszystkich objawów duszności towarzyszących, ograniczyć się zatém musimy do najważniejszych, któreśmy wyżéj rozebrali, a obecnie przejść winniśmy do skreślenia tych stanów chorobowych, które duszność wywołują. Tu znowu dwa ich rodzaje odróżnić musimy, odpowiednio dwom rodzajom obrazów duszności powyżéj skreślonym. Pierwszy jest ten, gdzie z powodu zwężeń w drogach oddechowych z trudem, lub za mało powietrza do płuc się dostaje, drugi gdzie dostawa powietrza do płuc jest dostateczna, ale wymiana gazów jego z krwią upośledzona. Powiedzieliśmy, że w pierwszym razie powstają głębokie, a ztąd rzadsze oddechy, w drugim szybciéj po sobie się powtarzają i dla tego stają się płytszemi. Pierwszy rodzaj tych zboczeń polegać może na różnych sprawach chorobowych, i w różnych miejscach występujących. Pod względem umiejscowienia odróżnić musimy zwężenia w saméj głośni od takichże powyżéj lub poniżéj jéj. Pierwsze są bez porównania częstsze, niż ostatnie i nic w tém dziwnego, gdyż głośnia przedstawia miejsce, które z powodu czynności swéj łatwiéj chorobom podlegać może, niż inne części rur przewodnich dla powietrza, powtóre jest to miejsce najwęższe w przebiegu téj rury, bo oskrzela, choć coraz są węższemi, za to ilość ich rośnie, przekrój więc wszystkich jednego rzędu da zawsze większą przestrzeń niż ją przedstawia głośnia, a wreszcie głośnia fizyjologicznie często zamyka się zupełnie, lub zwęża bardzo znacznie; łatwo więc chorobowo powstać w niéj może takież samo zwężenie stałe, jakie prawidłowo często choć na czas krótki występuje. Rzadsze niż w głośni są zwężenia poniżéj niéj, czy to w krtani jeszcze, czy w tchawicy, czy też we wszystkich oskrzelach pewnego rzędu, równie jak i powyżéj głośni, czy to jeszcze w krtani, czy też po nad nią w dolnéj części gardziela *(pharynx)*. Odróżnić następnie winniśmy zwężenia w drogach oddechowych powstałe skutkiem ucisku na ich ściany od zewnątrz, od tych, które skutkiem spraw chorobowych w samychże ich ścianach zachodzących powstały. Pierwsze znacznie są rzadsze niż ostatnie, robią jednak wyjątek od powyżéj podanéj reguły o tyle, że zwykle występują poniżéj głośni w przebiegu wspólnéj rury oddechowéj krtani i tchawicy. Za to ostatnie tém częściéj w saméj głośni się wydarzają. Ugniecenia sprawiające zwężenie krtani i tchawicy pochodzić mogą z najrozmaitszych spraw, czy to zapalnéj, czy nowotworowéj natury, jakie się w sąsiedztwie krtani i tchawicy lub obu oskrzeli odbywać mogą. Za najczęstszą przyczynę takich zwężeń uważać musimy wole (struma) w rozmaitych tegoż odmianach. Ugniata on tchawicę bądź to w górnych bądź w średnich, bądź nawet w dolnych (lubo nie najniższych) jéj częściach, bądź z przodu, bądź z boków lub nawet z tyłu, czasem nawet z obu boków, a nawet ze wszystkich stron. Drugie miejsce co do częstości po wolu zajmuje u osób starszych tętniak aorty, który ugniata samą dolną część tchawicy lub lewe oskrzele, zazwyczaj od przodu lub strony lewéj albo też w kierunku pośrednim. U osób młodszych, rzadziéj u starszych, prawie równie często jak tętniaki aorty spotykamy powiększone gruczoły oskrzelowe albo szyjne, czy to na tle serowatego przeobrażenia, czy czystego przerostu, czy też nowotworowego rozrostu, które ugniatać mogą krtań lub tchawicę w całym jéj przebiegu. Rzadziéj spotykamy inne ugniecenia przyczyny, jak mianowicie przez nowotwory lub sprawy zapalne na szyi albo w mediastinum. Tutaj dodać winniśmy ugniecenie przez krew wynaczynioną pod głęboką powięź szyi lub też skutkiem dostania się tamże powietrza w znacznéj ilości. Takowe ugniatać mogą szczególniéj tam, gdzie ściany rury oddechowéj są najpodatniejsze a więc głównie na wejście krtani lub na tylną ścianę tchawicy. Z wszystkich spraw tego rodzaju najczęściéj jeszcze daje powód do zwężeń rak połyku *(carcinoma oesophagi)*. Widziałem jednak zwężenia i przy zaułku połyku *(diverticulum oesophagi)*.

Częstsze o wiele jak powiedziano są zwężenia skutkiem spraw w samych ścianach krtani i tchawicy powstałych, a z tych najczęstsze skutkiem zapalenia ochrzęstnéj krtani. Częste owrzodzenia w głośni prowadzą następowo do zapaleń ochrzęstnéj, prócz tego powstać one mogą na drodze przerzutowéj itp. Najczęściéj spotykamy je w przebiegu owrzodzeń gruźliczych lub kiłowych, ale także po tyfusie, ospie,

ciężkim połogu, a nawet bez żadnéj widocznéj przyczyny. Sprawia ono zwężenie skutkiem nagromadzenia ropy lub obrzęku zapalnego poniżéj więzadeł, więcéj jednak przez to, że z powodu zajętych tu zwykle stawów obrączko-nalewkowych więzadła zbliżają się do siebie i w têm zbliżeniu pozostają. W takim stanie już bez żadnych obrzmień utrudnić one muszą oddechanie, dodajmy do tego choćby małe obrzmienie pod ich brzegami, któreby przy ich rozwarciu się wcale oddechowi nie przeszkadzało, przy ich zbliżeniu zaś znacznie szparę oddechową zwężać jeszcze może. Spotykamy się z powszechnêm twierdzeniem, że jedną z najczęstszych przyczyn zwężenia krtani jest jéj puchlina; na własnêm doświadczeniu jednak opierając się stanowczo przeciw temu twierdzeniu wystąpić muszę. Puchlina krtani samoistna jest wreszcie cierpieniem rzadkiém, a czy samoistna czy następowa bardzo rzadko występuje w saméj głośni, w któréj łatwiejby zwężenie sprawić mogła. Najczęstszą jest ona na chrząstkach nalewkowych, fałdach nalewkowo-nagłośniowych i przedniéj powierzchni nagłośni, gdzie nie łatwo zwężenie może sprowadzić, tak, że nazwa *oedema glottidis* zwykle jest wcale nie uzasadnioną. W saméj głośni równie jak w tchawicy lub w oskrzelach zdarzać się ona może, lecz w ogóle rzadko, zwłaszcza w wyższym stopniu; pominąwszy wejście krtani najczęstszą jest ona pod brzegami wiązadeł, tu jednak dojść musi do bardzo wysokiego stopnia, żeby zwężenie wywołać, gdyż szerokość głośni rozwartéj dość jest wielką. Jedynie przy nieruchomości wiązadeł i pozostawaniu ich w zbliżeniu stałêm do siebie, puchlina ta łatwo zwężenie sprawić może, tu jednak i bez niéj toż samo wystąpi. Stan taki jednak powstać nie może skutkiem saméj puchliny, lecz skutkiem spraw zapalnych, najczęściéj na ochrzęstnéj krtani, którym puchlina towarzyszy. Bardzo rzadko z innych przyczyn puchlina pod brzegami wiązadeł taki stopień osiągnąć zdoła, że mimo ruchomości tych ostatnich zwężenie wystąpi. Wypadki takie trafiają się u dzieci przy dyfteryi w gardzielu lub też w silnych nieżytach krtani wywołując napady t. zw. pseudokrupu. (C. d. n.)

III. Oceny i sprawozdania.

Dr. F. W. T. Pancritius: **Über Lungensyphilis.** Berlin 1881. August.

(Dokończenie. Patrz Nr. 49).

Największą dyjagnostyczną wartość ma lokalizacyja sprawy chorobowéj w środku płuca (po stronie prawéj), w płacie średnim, obok prawidłowości szczytu płucnego.

Z przypadów czynnościowych zwraca autor przedewszystkiém uwagę na duszność, która już we wczesnym okresie jest najprzykrzejszym dla chorych przypadem i na napady astmatyczne, najczęściéj pod wieczór występujące. Napady te niestojące w stosunku do rozległości zmian miejscowych odnosi autor do ucisku wywartego na nerw błędny przez kurczącą się tkankę łączną około oskrzeli wytworzoną.

Kaszel bywa z początku suchy; plwociny przeważnie śluzowe, w ilości skąpéj; krwotoki płucne mocniejsze należą do rzadkości; zazwyczaj polegają one tylko na pojawianiu się drobnych żyłek krwi, które autor odnosi do pękania tętniakowo rozszerzonych rozgałęzień tętnic oskrzelowych, miejscami bujającą tkanką łączną ugniecionych.

Okres drugi, odpowiadający rozszerzeniu się sprawy zapalnéj na szczyty płucne i przystąpieniu ogniskowych zapaleń nieżytowych lub miąższowych z następowym rozpadem, daje przypady fizyczne zupełnie odpowiadające przypadom suchót płucnych w okresie rozpadu, tak iż pierwotny charakter cierpienia coraz więcéj się zaciera. Odnośnie do tego okresu kładzie autor przedewszystkiém nacisk na tę okoliczność, iż nawet w przypadkach połączonych ze znaczniejszemi destrukcyjami gorączka jest mierną lub nawet braknie jéj czasem zupełnie, gdy wśród przebiegu suchot płucnych, w okresie rozpadu, gorączka z torem zwalniającym należy do przypadów stałych.

Najważniejsze zatém cechy dyjagnostyczne zapalenia kiłowego płuc są wedle autora: 1) stosunki etyjologiczne; 2) przewlekły przebieg cierpienia z razu niepostrzeżony; 3) najrychlejsze wystąpienie objawów fizycznych nacieku w okolicy międzylopatkowéj obok prawidłowości szczytu; 4) duszność i napady astmatyczne już wcześnie występujące, pozostające w rażącym niestosunku ze zmianami miejscowemi; 5) brak nieżytów oskrzelowych większego nasilenia; 6) względna rzadkość krwotoków płucnych; 7) słaba tylko reakcyja ustroju na zmiany miejscowe, mała gorączka; 8) wreszcie rozpoznanie „*ex iuvantibus*“ po zastósowaniu leczenia przeciwkiłowego.

Co do rokowania, uważa autor takowe, przy rychłém rozpoznaniu zmiany chorobowéj, za pomyślne. Leczenie winno być w okresie wczesnym swoiste przeciwkiłowe, w okresie zaś późnym rozpadu przypadowe. Między historyjami chorób, podanemi przez autora *in extenso*, znachodzimy kilka, gdzie leczenie przeciwkiłowe doprowadziło do zupełnego wyleczenia, np. hist. chor. Nr. 32.

Monografija autora stanowi bezsprzecznie nader cenny przyczynek do rzeczy o kile płuc, z tego przeważnie względu, iż opiera się na obfitym materyjale i że za główne zadanie obrał sobie autor oznaczenie i zestawienie krytyczne symptomatologii kiły płuc, a têm samém ułatwienie wczesnego rozpoznania takowéj.

Przy sposobności jednak sprawozdania niniejszego muszę nadmienić, iż w pracy, wcześniéj niż dziełko Pancritiusa ogłoszonéj, prof. Dra Rosnera, odczytanéj na 3cim Zjeździe Lekarzy i Przyrodników polskich w Krakowie w Lipcu b. r.: „O kile płucnéj ze stanowiska klinicznego“ znachodzimy symptomatologiję kiły płuc podaną wyczerpująco i wszystkie przypady i szczegóły rozpoznawcze, jak umiejscowienie nacieków w płucach, duszność i napady astmatyczne, względna rzadkość krwotoków płucnych, brak gorączki, ilustrowane na przypadkach chorobowych w praktyce prywatnéj i klinicznéj przez prof. Rosnera spostrzeganych. Prof. R. wykazał skuteczność leczenia swoistego przeciwkiłowego w usuwaniu zmian zapalnych nawet rozlegle rozwiniętych w płucach. Tenże też wyraził pierwéj niż Pancritius zdanie, iż „niejeden przypadek suchót płucnych polega na kile i środkami właściwemi usunąć się daje“ (zob. przyp. 1y prof. Rosnera) i pierwszy przypisał duszności niestosunkowéj do zmian miejscowych ważne znaczenie rozpoznawcze, gdy poprzedni autorowie jak Lancereaux, Cube, Schnitzler tylko nieśmiało kreślą cechujące przypady kliniczne kiły płucnéj. *Doc. Dr. Ponikło.*

O ptomainach.

I. Historyja odkrycia skreślona przez prof. Franciszka Selmi'ego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 49).

W r. 1877 wezwany zostałem do zbadania trzew wy-

jętych ze zwłok jenerała Gibbone'go, w których pierwsi znawcy znaleźć mieli delfinin. Śledząc w trzewach za tym alkaloidem, wykryłem w rzeczy innéj zasadę, która w wielu względach oddziaływała jak delfinin, a jednak różniła się co do dwóch cech następujących. Delfinin rozpuszczony w eterze strąca się rozczynem świeżym, eterowym obojętnego chlorku platynowego, a osad nie rozpuszcza się w jednéj objętości wyskoku bezwodnego; strąca się także rozczynem siarkowym siarczku miedziowego i sodowego a nie rozpuszcza się znów w nadmiarze odczynnika: zasada atoli otrzymana z trzew jenerała Gibbone'go nie dawała żadnego z tych osadów. Dla większéj pewności kazałem wykopać trupa pochowanego przed 18 dniami, równocześnie ze zwłokami jenerała, i otrzymałem zasadę trupią, podobną także do delfininu pod względem reakcyj, z wyjątkiem dwóch wspomnianych. Oddałem następnie proff. Ciaccio i Velli celem robienia doświadczeń na zwierzętach: 1) rozczyn delfininu, 2) zasadę otrzymaną z trzew jenerała Gibbone'go, 3) zasadę otrzymaną ze zwłok wykopanych, a badacze ci przekonali się, że wszystkie 3 rozczyny wywoływały skutki fizyjologiczne podobne, z tą jednak różnicą, że po delfininie serce żaby pozostawało w rozkurczu, podczas gdy po dwóch zasadach trupich pozostawało w skurczu.

W tym samym roku 1877 powołany zostałem do badania dwóch przypadków wątpliwego otrucia; w jednym z nich pierwsi znawcy twierdzili, iż znaleźli morfin, w drugim zaś koniin. W obydwóch tych przypadkach rozchodziło się o materyjał pochodzący z trupów, wykopanych w miesiąc po pochowaniu. Sprawa pierwsza pochodziła z Brescii, ostatnia z Rzymu.

Przystąpiłem do ponownego badania połowy trzew, przesłanych z Brescii, w których pierwszéj połowie miano wykazać morfin. Przeglądając sprawozdanie pierwszych znawców nabrałem zaraz przekonania, że wydaném zostało orzeczenie tak ważne na podstawie faktu, iż produkt otrzymany przez postępowanie, za pomocą którego można było wykryć morfin, redukował kwas jodowy, a uwzględniając wszystkie okoliczności zacząłem podejrzywać, że produkt ów był pochodzenia trupiego. Wykonałem badanie śród wszelkich koniecznych ostrożności i otrzymałem istotę o cechach podobnych, jak pierwsi znawcy, a badając tę istotę zdołałem dowieść w sposób niewątpliwy, że nie jest morfinem lecz przeciwnie ptomainem. Do rozprawy, która się odbyła przed trybunałem w Brescii, wezwani byli jako znawcy proff. Polli i Fornasini, oraz Dr. Peroglio, a znawcy ci zgodzili się na moje orzeczenie, skutkiem czego uwolniono oskarżonych o otrucie.

Sprawą drugą, nadesłaną z Rzymu, zająłem się tylko o ile badałem ją krytycznie; nie chciałem bowiem podjąć się wydania orzeczenia odmiennego i stawania przy rozprawie publicznéj; chcąc jednak wypowiedzieć zdanie swoje, celem wyjaśnienia rzeczy wątpliwéj, przystąpiłem do pracy, którą później ogłosiłem. Skłoniła mnie do tego głównie okoliczność ta, że częstokroć śród badania zasad trupich napotykałem zasady lotne mające woń koniinu, i ztąd przypuszczałem, że pierwsi znawcy natrafili na koniin pochodzący ze zgnilizny. Dowodziłem następnie, że śród zgnilizny tworzyć się może koniin, identyczny lub isomeryczny z naturalnym, albowiem jeżeli istoty zwierzęce bez wolnego przystępu powietrza atmosferycznego rozkładają się dając początek kwasowi masłowemu, to mogą także dać początek aldehydowi masłowemu, z którego Hugon Schiff za pomocą amonijaku utworzył ciało równozłożone jak koniin. Dodaje się jeszcze, że znawcy kwas masłowy w obfitości znaleźli byli w trzewach badanych. W owym czasie zdecydowałem się ogłosić uwagi nad wszystkiém, co dotąd spostrzegałem był o ptomainach, uwagi te wyszły w Bolonii w pierwszym kwartale 1877 r. Rozprawa ta moja, przedłożona przez obrońcę trybunałowi, stała się przyczyną, że uznano za potrzebne ponowić badanie na reszcie materyjału, zachowanego w tym Sądzie; badanie to wykonane zostało przez proff. Paternę, Roberta Schiffa i Mossę, razem z pierwszymi znawcami, i doprowadziło do wniosku: że nie ma we wnętrznościach ani koniinu ani innéj trucizny, — w skutek czego obwiniony został uwolnionym. Prawdopodobnie pierwsi znawcy w pierwszém badaniu natrafili na lotną zasadę trupią, podobną do koniinu prawdziwego zapachem swoistym, i trującą na razie, która jednak z czasem się rozłożyła (zasady trupie zaś o wiele prędzéj ulegają zmianom aniżeli roślinne) i dlatego już późniéj wykrytą być nie mogła.

W r. 1878 przedłożyłem akademii dei Lincei rozprawkę o ptomainie trującym i krystalizującym się, wydobytym za pomocą eteru z trzew trupów wykopanych, w których wykryłem był dużo arszeniku. Posiadał ptomain ten cechy swoiste i nie oddziaływał tak, jak inne ptomainy, nie zawierał arszeniku w składzie swoim, wywoływał objawy otrucia, odurzające bardziéj, podobne do objawów, wywoływanych przez rozmaite ptomainy trujące stałe; z kwasem octowym krystalizował się z łatwością.

W tym samym roku 1878 badałem białko, które poddałem był gniciu przy niskiéj ciepłocie, częścią w miesiącu kwietniu 1876, a częścią w listopadzie 1877. Postanowiłem zbadać, czy, jak z góry się zdawało, ptomainy pochodzą z rozkładu istoty białkowéj, pozostającéj w podobnych warunkach jak zwłoki w ziemi pochowane. Z białka z r. 1876 otrzymałem zasadę stałą, która w połączeniu z chlorkiem sodu dawała kryształki podobne do gałęzi cierniowych, a któréj 18 miligram. wystarczyły do zabicia żaby wśród objawów, jakie wywołuje kurara. W białku z r. 1877 znalazłem także inny ptomain, który w połączeniu ze solą kuchenną krystalizował w sześcianach i oktaëdrach i działał bardzo osłabiająco. 7 miligr. zabiły żabę śród objawów porażenia serca, jakie powstają np. po użyciu akonitynu. Z tego samego białka wydobyłem i drugi ptomain, który z solą kuchenną dawał kryształy gałęziaste; 7 miligr. siarkanu tego alkaloidu zabiły także żabę śród wstrząśnień drgawkowych i tężcowych oraz przytłumienia uderzeń serca i ruchów oddechowych. O dochodzeniach tych mówiłem d. 12 grudnia w akademii umiejętn. w Bolonii i 1 czerwca 1879 r. obszerniéj w akademii dei Lincei. Przy téj sposobności oprócz zasad stałych znalazłem i lotną, która szerzyła silną woń koniinu; odosobniwszy starałem się ją oznaczyć za pomocą odczynników, ale z powodu szczupłości materyjału mogłem tylko przekonać się o działaniu redukującém na kwas fosforo-molybdenowy, o wywiązaniu woni kwasu masłowego w pierwszym okresie utlenienia dwuchromanem potasowym i kwasem siarkowym, woni zaś kwasu octowego w okresie późniejszym.

W tym samym roku 1879 na posiedzeniach akademii umiejętn. w Bolonii z d. 11 i 18 grudnia podałem wiadomości o zasadach, które się tworzą z białka ulegającego gniciu przy ciepłocie nieco mniejszéj od ciepłoty ciała ludzkiego, a przechowywanego w naczyniu, do którego powietrze mało miało przystępu. Opisałem te zasady, z których

jedna dawała rozmaite reakcyje, właściwe akonitynowi, i podobne jemu działanie fizyjologiczne, zwracając uwagę, że znawca spotkawszy się z zasadą taką w zwłokach z łatwością mógłby popełnić błąd, przypuszczając, że ma do czynienia z akonitynem. Po dalszém wytrawianiu na zimno przez jeszcze dni 10 zasada ta zniknęła, a miejsce jéj zajęła inna, działająca silnie odurzająco i dająca z kwasami piękne zabarwienie czerwone. Z drugiego białka, w tych samych warunkach pozostającego, do którego jednak dodałem był nieco krwi zgniłéj, otrzymałem zasadę szczególną, tak mocno trującą, że 3 krople roczczynu wodnego nie zakwaszonego wystarczyły do zabicia żaby w ciągu 6 minut.

Pod tym względem uważam za potrzebne nadmienić że prof. Gautier, w dyskusyi odbytéj w łonie akademii lek. w Paryżu d. 10 maja rb., zapewniał, iż otrzymał list mój niedługo po 1874 r., w którym to roku wydał swoje dzieło. Sądzę, że zachodzi omyłka co do daty. Pisałem już po odkryciu tworzenia się ptomainów w białku gnijącém, i o ile sobie przypominam, nie otrzymałem odpowiedzi. Pewném jest, że nie posiadam jego listu śród listów uczonych zagranicznych, którzy zaszczycali mnie swoją korespondencyją, a gdybym był otrzymał odpowiedź, nie byłbym omieszkał wspomnieć o niéj w moich pracach późniejszych z miłości prawdy. Bądź jak bądź pewną jest rzeczą, że nie przystąpiłem do moich poszukiwań dopiero po przeczytaniu dzieła Gautiera, lecz kierując się własném przypuszczeniem, że powstania ptomainów szukać należy w białkanach podczas gnicia.

Niechaj mi będzie wolno pod tym względem podać krótkie wyjaśnienie.

Jak wynika z powyższego opowiadania, dowodami popartego, od r. 1870 i 1871 było dla mnie rzeczą pewną, że trzewa zwierzęce zawierają istoty, które mogą być brane za alkaloidy roślinne; zaprawdę, gdyby praca nie była w tym okresie wykonaną, niemógłbym był d. 25 stycznia 1872 r. wyłożyć obszernie w Akademii umiejętn. w Bolonii rzeczy o doświadczeniach czynionych na żołądku człowieka zmarłego śmiercią naturalną, na produktach znalezionych w wyskoku, w którym preparaty anatomiczne przechowywano, o różnicy zachodzącéj pomiędzy niemi a alkaloidami roślinnemi i amidami pochodzenia zwierzęcego i o ich działaniu fizyjologiczném. Późniéj gdy nabrałem przekonania, że ptomainy pochodzą z gnicia białkanów, w r. 1876 i 77 poddałem gniciu białko jaj, a w r. 1878 dochodziłem, czy odgadłem prawdę lub nie. Szukając w dziełach, czy mnie ktoś wyprzedził w téj mierze, znalazłem wzmiankę w dziele Gautiera, i o niéj też z obowiązku wspomniałem. Gautier, jak się zdaje, przywięzywał bardzo małą wagę do własnego spostrzeżenia; zapisał rzecz mimochodem, nie poznał się na jéj wartości i więcéj nie zwrócił na nią uwagi. Gdy się jednak potem pokazało, że ptomainy dostąpiły pewnego znaczenia, poznał, że zbłądził w pośpiechu, i niezadowalając się przypisaniem sobie pierwszeństwa, chciał wzbudzić mniemanie, jakoby mnie jako późniejszemu pozostawił owoce badania; poszedł nawet daléj i na posiedzeniu Akademii lek. z d. 14 czerwca rb. zapewniał, że ja przyznałem, jakoby on pierwszy odkrył ptomainy, biorąc do tego pochop z jednéj z moich rozpraw powyżéj wspomnionych. Po przeczytaniu jednak uważném tego, co właśnie podałem, każdy przyzna: 1) że ja byłem pierwszy, który zwrócił uwagę na istnienie materyj trupich, które mogą być brane za alkaloidy roślinne; 2) że byłem także pierwszy, który odgadł, że sprawa gnilna bierze początek w białkanach, z tym tylko wyjątkiem, że Gautier przedemną zrobił proste spostrzeżenie, że istnieją produkty alkaloidowe pomiędzy rozmaitemi produktami, które powstają z rozkładania się białkanów.

Lecz dosyć na tém; wracam do chronologicznego przedstawienia rzeczy.

(Dokończenie nastąpi).

J. Lister: Stosunek bakteryj do zapalenia.

Doskonałe wyniki leczenia przeciwgnilnego, zupełny brak lub przynajmniéj rzadkie pojawianie się zgorzeli i obfitych ropień po ranach bardzo znacznych, słowem wstrzymanie objawów zapalnych razem z wstrzymaniem dostępu dwoinek z powietrza mogło łatwo sprowadzić myśl, że istoty te są jedyną przyczyną zapaleń. I rzeczywiście zdanie to dosyć ma zwolenników, a nawet przewlekłe zapalenia powstałe na tle zołzów mają być także skutkiem działania bakteryj. Otóż Lister jest wręcz przeciwny takiemu pojmowaniu rzeczy, uważając je za szkodliwą przesadę. Gdyby bowiem jedyną przyczyną zapalenia była obecność bakteryj, natenczas musielibyśmy zaniechać stosowania często tak pomocnych środków odwodzących, jako niemających najmniejszéj podstawy. Również w zapaleniach przewlekłych, zwłaszcza zołzowych, musielibyśmy zawsze oddalać wszystkie części chorobowo zmienione, aby wraz z niemi usunąć gnieżdżące się w nich bakteryje. Tymczasem doświadczenie uczy, że tak dosadna terapija jest często niepotrzebna a nawet szkodliwa dla chorego.

Ostre zapalenie wprawdzie najczęściéj zawdzięcza początek istotom zakaźnym, jednak nie zawsze; przyczyną jego może być także wpływ zbyt podrażnionych nerwów. I tak przytacza Lister przypadek, w którym chory oddawszy w kilka dni po wykonanéj u niego litotomii, po raz pierwszy, mocz przez cewkę moczową dostał ostrego zapalenia nerek, które sprowadziło śmierć chorego. Pęcherz i moczowody były zupełnie zdrowe, tak że sprawa zapalna w nerkach wywołana być mogła jedynie przez zadrażnienie nerwów. Dowodem tego inny przypadek. Lekarz pewien wprowadził sobie sam cewnik do pęcherza moczowego. Oddawszy w kilka godzin potém mocz drogą zwyczajną dostał silnych dreszczów, wystąpiło zatrzymanie moczu, słowem zdawało się, że i w tym razie nastąpi wynik tak niepomyślny, jak w przypadku poprzednim. Wezwany do pomocy L. zastosował gorący okład na lędźwie, a chory po kilku dniach był już zdrów zupełnie. A zatém ostre przekrwienie nerek, wywołane przez zadrażnienie cewki moczowéj, usunięte zostało przez silne zadrażnienie odpowiedniéj części skóry. Zresztą środki odwodzące mają także swą podstawę fizyjologiczną; wszakże znaną jest rzeczą, że swędzenie na jedném miejscu można usunąć przez potarcie sąsiedniéj części skóry, kichnięcie, wywołane przez zadrażnienie błony Schneidera, wstrzymać można przez potarcie nosa. Lister opowiada, że pewna chora, któréj tkwiło ciało obce w połyku i wywoływało tam ból nieprzyjemny, nie miała wcale uczucia głodu, które powróciło natychmiast po wydaleniu ciała obcego. Są to wszystko dowody, że zadrażnienie jednego nerwu usuwa stan zadrażnienia w nerwie innym, będącym z pierwszym w związku fizyjologicznym. A środki odwodzące działają bardzo dzielnie w wielu formach zapalenia. Lister sam leczył się na urazowe zapalenie kolana gorącemi okładami z skutkiem bardzo dobrym. Syme używa żeradła czynnego w przewlekłych zapaleniach stawów i wyniki tego leczenia są bardzo pomyślne.

Jeżeli więc środki odwodzące, działające przecież głównie na nerwy, pomagają w zapaleniach, to sprawa ta chorobowa musi być wywołana również przez wpływ nerwowy. Wpływ ten objaśnia też najlepiéj działanie jednéj z najczęstszych przyczyn zapalenia, mianowicie zaziębienie. W tym razie zimno działa zwykle nagle sprowadzając przez to nagłe upośledzenie czynności nerwów powierzchownych, a w skutek tego powstaje zadrażnienie nerwów części głębszych, które przy pewnych warunkach może wywołać ich zapalenie. Znaną jest powszechnie rzeczą, że najłatwiéj dostać zapalenia żoładka przez zaziębienie się zaraz po obiedzie; nerwy żołądkowe bowiem są wtedy w znaczném zadrażnieniu tak, że bodziec jaki na nie wywołuje obniżenie czynności nerwów skórnych w skutek zimna, wywołać może łatwo ich przedrażnienie, a w następstwie zapalenie przewodu pokarmowego.

Daléj przechodzi Lister do ropienia. Wyniki leczenia przeciwgnilnego uczą, że właśnie tutaj najważniejszą rolę odgrywają istoty zakaźne, a badania Ogstona wykazały, że w każdym ostrym ropniu znajdują się dwoinki. Jednak istoty te nie są jedyną przyczyną ropienia, gdyż Ogston nie mógł ich wykazać w ropniach przewlekłych, powtóre ostry naciek zapalny może się rozejść przy stopniowém leczeniu, lub pozostawiony sam sobie przejść w ropienie. Objaw ten tak pospolity nie byłby zrozumiały, gdyby już pierwszą przyczyną zapalenia były i w tym razie bakteryje, trudno bowiem przypuścić, aby raz powstałe działanie tych istot dało się wstrzymać, np. przez okłady ciepłe lub inne im podobne środki lecznicze. Lister więc jest tego samego zdania co Cheyne, że bakteryje znajdowane w ropie nawet ostrych ropni są rzeczą czysto dodatkową. Doświadczenia bowiem Cheynego i Kocha przekonywają, że w ustroju zdrowym nie ma bakteryj, które gromadzą się dopiero w ustroju osłabionym. Jeżeli więc zapalenie, wywołane przez jakąbądź przyczynę, sprowadzi współcierpienie całego organizmu, natenczas gromadzące się w nim dwoinki dostają się także do ogniska zapalnego i tam znajdują dogodne miejsce rozwoju.

Wreszcie ostrzega Lister przed przecenianiem wpływu bakteryj na ustrój ludzki, gdyż według jego zdania i doświadczenia przesada taka może być bardzo szkodliwą dla chorych. *(Wiener med. Blätter, 1881. Nr. 46—48). Dr. Schramm.*

Dr. T. Dunin: **Spostrzeżenia nad epidemiją tyfusu powrotnego, panującą w Warszawie w 1879—1880 roku.**

Autor czyni bardzo prawdopodobném, że epidemija gorączki powrotnéj, do dziś panującéj w Królestwie Polskiém, przeniesioną została z Galicyi, gdzie w r. 1878 panowała, zwłaszcza w Krakowie. W miarę rozszerzania się gorączki powrotnéj zmniejszyła się ilość przypadków duru brzusznego, natomiast późniéj zapalenie płuc dławcowe i nagminne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych stały się częstszemi. Autor był pierwszym, który w Sierpniu r. 1879 spostrzegał przypadek gorączki powrotnéj w Warszawie; od tego czasu w samym szpitalu Dzieciątka Jezus leczono około 120 przypadków téj choroby, między którémi było 63% mężczyzn a 35% kobiet z średnim wiekiem 28.8 lat. Z téj liczby autor postrzegał sam dokładnie 26 przypadków. Dokładny opis objawów chorobowych zgadza się z klasycznym opisem Murchisona, Griesingera i innych. Gorączka powstająca nagle w przeważnéj ilości przypadków dosięgała 41°C., raz nawet 42°C.; wysokość gorączki nie wpływa na przebieg choroby; w jedynym przypadku, który się zakończył śmiercią, gorączka dochodziła tylko do 40°C. Przebieg gorączki podczas napadu bywa niekiedy bardzo nieregularny, znaczne zwolnienia ranne przechodzą czasem aż do ciepłoty prawidłowéj, jak to np. było w jednym przypadku autora, gdzie w 4tym dniu choroby ciepłota ranna spadła do 37.5°C., a pod wieczór podniosła się do 40.1°C. i trwała jako gorączka ciągła jeszcze 5 dni. Wyprysk wargowy, bez wpływu na przebieg choroby, był dość częsty, w 3 przypadkach było powikłanie z nieżytem oskrzelowym, a w 2 z zapaleniem płuc dławcowém. Silny obrzęk śledziony towarzyszył stale chorobie, obrzmienie wątroby bywało nieznaczne, w 6 przypadkach wymioty, krwawienie z nosa w 4. W czasie przełomu choroby ciepłota opada (w ciągu 12—36 godz.) zawsze poniżéj ciepłoty prawidłowéj, przyczém różnica może wynosić nawet przeszło 5 stopni, tętno z 100—120 spada do 60—50 uderzeń na min., 3 razy autor postrzegał t. zw. „*pseudocrisis*“, gdzie po opadnięciu ciepłoty poniżéj prawidłowéj wieczorem takowa wznosi się raz jeszcze do przeszło 40°, a następnego rana ustępuje już stałemu bezgorączkowiu. Liczba napadów wynosiła 1 w 3 przyp., 2 w 5 a 3 w 14, przyczém pierwszy napad trwał średnio 6.5 dni, drugi 4 a trzeci 3.7. Przestanki wynosiły między pierwszym a drugim napadem średnio 7.5 a między drugim a trzecim 10.2 dni. Prócz symptomatologii autor podaje także wypadki bardzo licznych badań drobnowidowych krwi, przyczém miał sposobność postrzegania szczegółów nieraz bardzo rzadkich a niekiedy i zupełnie nowych. W jednym przypadku widział autor spirochety we krwi w 24 godźiny po śmierci, co tylko Heidenreichowi raz się udało. Prostuje także zdanie autorów, jakoby wejrzenie ziarniste spirochet pod koniec napadu było objawem rozpadu pasorzytów; autor widział, że ziarenka te były tylko przytwierdzone do spirochet i łatwo się od nich oddzielały; że zaś ziarenka te są najczęstsze pod koniec napadu autor tłumaczy tém, że i ziarenek w ten czas we krwi jest najwięcéj. Raz autor wykazał spirochety na parę godzin przed napadem, podczas napadu istnieją one zawsze, a po odpadnięciu ciepłoty giną zupełnie. Autor dowodzi (przeciw Heidenreichowi), że ilość spirochet nie pozostaje w żadnym stosunku do siły napadu lub wysokości gorączki, oraz zaprzecza zdaniu Moczutkowskiego, jakoby pewna ilość pasorzytów odpowiadała pewnym napadom. Że tak zwane przełomy wrzekome *(pseudocrisis)* są istotnie tylko wrzekomemi, tj. należą do jednego tylko napadu a nie stanowią krótkiego przestanku między dwoma napadami, mamy niezbity dowód w tém, że autor w czasie takiego wrzekomego przełomu znajdował we krwi poruszające się spirochety. Aby sprawdzić zdanie Moczutkowskiego, według którego przyczyną obumierania spirochet jest zgęszczenie krwi, autor zastrzykiwał chorym podczas napadu pilokarpinu pod skórę w celu wywołania obfitych potów; przekonał się jednak, że poty nie skracają napadów a więc nie mogą być uważane za przyczynę obumierania spirochet. W tym względzie doszedł po autorze do tych samych rezultatów Karstens, który starał się wywołać poty zawijaniem w mokre prześcieradła (t. zw. otułki napotne).—W końcu podaje autor opis przypadku gorączki powrotnéj powikłanéj z żółtaczką (dur żółciowy Griesingera), który się skończył śmiercią, a w którym autor wykazał we krwi kłębki spirochet pokrytych kępkami czerwonych ciałek krwi, które jeszcze w 24 godzinach po śmierci wykazać było można. Piękną, gruntowną i wyczerpującą pracę kol. Dunina polecamy szan. czytelnikom; podaje ona wiele rzeczy

nowych, stare roztrząsa krytycznie i często prostuje, w ogóle zaś zajmuje bo uczy. W obec uwzględnienia odnośnéj literatury dawniejszéj i najnowszéj a trzeźwego i krytycznego na kwestyje sporne poglądu, w pracy Dunina upatrujemy pożyteczną monografiję gorączki powrotnéj, która gościła i u nas ale dotychczas nie pozostawiła należytego śladu w literaturze. *St. Sm.*

G. Sternberg: Poszukiwania nad zimnicą.

Doświadczenia Klebsa i Tomassi-Crudeliego co do przyczyny zimnicy dały powód Sternbergowi do badania przyrzutu zimniczego w jesieni w r. 1880 w N Orleanie. St. podaje najpierw sprawę z owych badań, których wynikiem było odkrycie *bacillus malariae* jako przyczyny zimnicy. St. nie powątpiewa o wynikach doświadczalnych obydwu badaczów, lecz nie zgadza się na ich tłumaczenie. W swoich doświadczeniach doszedł do następujących wyników.

W okolicy bagnistéj zimniczéj około N. Orleanu, jak i w rynsztokach miejskich znachodził liczne organizmy niższego rzędu dające się hodować w kleju rybim. Zastrzykując takie organizmy wyhodowane w kleju królikom pod skórę zaszczepiał im St. chorobę zakaźną dającą się przenosić na inne zwierzęta, lecz nie uważa ich za cierpienie zimniczéj przyrody, tylko za cierpienie gnilne równorzędne z cierpieniami dającemi się wywołać przez wstrzykiwanie podskórne śliny. St. dowodów Kl. i T.-Cr., jakoby przez nich znaleziony *bacillus malariae* miał być przyczyną zimnicy, nie uważa za dostateczne z następujących powodów, ponieważ 1) ani w jego ani w tamtych doświadczeniach linije krzywe ciepłoty nie okazują cechy wybitnéj przepuszczającéj; 2) ponieważ i u zdrowych królików wydarzają się wahania ciepłoty, zależne od zmiany zewnętrznéj cieploty tak znaczne, jak Kl. i T.-Cr. spostrzegali; 3) ponieważ przez Kl. i T.-Cr., opisywane powiększenie śledziony można znaleźć w téj samej postaci także u królików zdechłych z powodu posocznicy; 4) ponieważ obecność barwika ciemnego w śledzionie nie może służyć za dowód zimnicy, gdyż często znachodzi się w śledzionie królików zdechłych z posocznicy.

St. mniema, że należałoby w dalszych badaniach hodować organizmy zimnicze w okolicach zimniczych, śledzić ich przymioty życia a następnie warunki ich chorobotwórcze. Co do ostatniego należałoby robić doświadczenia na ludziach podając im przyrzuty zimnicze do spożycia albo wdychania.

Do pracy téj dołączone są dwie tablice mikrofotograficzne przedstawiające *bacillus malariae* i organizmy niższe znalezione przez St. Dla lepszego porównania zestawił St. graficznie ciepłotę, w swoich spostrzeżeniach stwierdzoną, z ciepłotą przez Kl. i T.-Cr. podaną. *(Board of Health Bulletin Washington. Nr. 14. 1881).* *J. B.*

Wiadomości pomniejsze.

(R.) Gałęzowski przeciwny jest używaniu kwasu karbolowego, borowego itd., jako środków przeciwgnilnych w okulistyce, a przemawia natomiast za *Ol. cadinum*, którego używa w postaci maści 0.5 do 2.0 na 10.0 *Vasel.* (*Receuil. d'Ophth.* Nr. 5).

(R.) Vossius zaleca na podstawie jednego przypadku ciężkiéj dyfteryi spojówki, leczonego w klinice okulistycznéj w Giessen, co półgodzinne pomazywanie spojówki 4% roztworem kwasu salicylowego w glicerynie zamiast rozczynu wodnego którego nie można w dostatecznie silném stężeniu otrzymać. Takiego rozczynu glicerynowego używał poprzednio Bose z nader pomyślnym skutkiem w dyfteryi ran i gardła. *(Klin. Monatbl. f. Augenh.* November, 1881).

(R.) Giraud-Teulon osiągnął w 22 przypadkach (na 24) zaćmień ciałka szklanego, leczonych za pomocą prądu stałego, skutek pomyślny. Używał on bardzo małéj ilości ogniw, a stosował biegun dodatni na zamknięte powieki, biegun zaś ujemny na wyrostek sutkowy albo na górny zwój szyjny przez dwie do trzech minut. (*Bull. d'Acad. de méd. de Paris.* Posiedzenie z 18 paźdz. 1881).

(R.) James E. Adams leczył cały szereg przypadków dyfteryi spojówki częstém przemywaniem rozczynem siarkanu chininowego i usuwaniem błon, ilekroć na nowo się utworzyły. Skutek miał być pomyślnym z wyjątkiem dwóch przypadków leczonych tym sposobem, zaleconym przez Tweedy'ego. Sprawozdawca Przegl. Lek. pozwala sobie wątpić o skuteczności takiego leczenia, a odrywanie błon uważać musi stanowczo za szkodliwe z powodu drażnienia spojówki. Pomyślny skutek tłumaczyć sobie można chyba lekkością przypadków. (*Ophthalmic. Hospital Reports* Vol. X., part. 2).

(R.) Homatropin rozszerza według Gałęzowskiego mocno źrenicę, lecz działanie nie trwa nad 18 do 20 godzin, a poraża akomodacyję słabo i tylko na 2 do 3 godzin (według doświadczenia sprawozdawcy Przegl. Lek. i innych porażenie akomodacyi bywa zupełne). *Annali di Ottalmologia Fasc.* III. 1881).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcyja lwowska Tow. lek. galic.

Posiedzenie zwyczajne dnia 26go lutego 1881 r.

Przewodniczący: Zastępca kol. Szeparowicz; później w ciągu posiedzenia kol. Chądzynski. Członków obecnych 13.

1) Sprawozdanie z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Odłożono wybór komisyi dla spraw sanitarnych miasta Lwowa, w myśl wniosków bióra na poprzedniém posiedzeniu przyjętych, z powodu małéj liczby zgromadzonych.

3) Kol. Edward Sawicki opowiedział przypadek ropnicy w przebiegu duru brzusznego, z zejściem śmiertelném, spostrzegany na jego oddziale w szpitalu lwowskim powszechnym. Dotyczył on kobiety w średnim wieku, która prawdopodobnie w 3cim tygodniu choroby gorączkowéj ostréj przywieziona do szpitala, przedstawiała tamże obraz, który pozwolił przypuszczać ostrą gruźlicę prosówkową. Po kilku dniach objawy przemawiały za zapaleniem opon mózgordzeniowych nagminnem, zdarzały się bowiem w owym czasie przypadki tego rodzaju. W parę dni późniéj wśród gorączki wysokiéj, jednak bez wybitnego toru przebiegającéj, poczęły u choréj boleśnie obrzękać niektóre stawy, a na skórze pojawiły się liczne pęcherze wypełnione cieczą żółtawą surowiczą, w kilku godzinach przybierającą wejrzenie ropy. Chora w drugim tygodniu pobytu w szpitalu zmarła. Sekcyja wykazała: Stłuszczenie ostre organów wewnętrznych. Obrzęk ostry śledziony. Wrzody tyfusowe w jelicie cienkiém i kiszce ślepéj w okresie zabliźnienia. Obrzęk gruczołów krézkowych. Owrzodzenia płytkie w kiszce odchodowéj. Klinowate ropnie w obu nerkach, ropnie w tkance łącznéj okołomacicznéj. Wielki ropień z rozpadem zgorzelinowym pod mięśniem czworogłowym uda lewego, w lewym stawie kolanowym również w wielu innych stawach ropę, wreszcie liczne ropnie w tkance łącznéj podskórnéj. Prelegent w dłuższym wywodzie, stwierdziwszy, że główną chorobą był dur brzuszny, wśród którego wystąpiła ropnica, przytacza spostrzeżenia czerpane pod tym względem z literatury,

z których wynika, że podobne powikłanie należy do dosyć rzadkich. Punktem wyjścia dla ropnicy, mniema, że był wielki ropień pod mięśniem czworogłowym uda łączący się z ropniem w stawie kolanowym lewym.

W dyskusyi zabierał głos kol. Szeparowicz, a wyłuszczywszy wyczerpująco rzecz o ropnicy, najnowsze pojęcia jéj powstania i przebiegu tak zakończa: „Jeżeli w przypadku duru, z jakiegokolwiek powodu, powstają ogniska ropne, np. odleżyny, to nic dziwnego jeżeli przystąpi do tyfusu ropnica, raczéj dziwić się należy, dla czego nie dzieje się to częściéj w warunkach tyfusu. Atoli z drugiéj strony powikłanie takie nie wyda nam się zbyt rzadkie, jeżeli przyzwyczaimy się i takie formy, gdzie mamy przed sobą tylko np. *parotitis suppurativa*, albo ropnie podskórne itd., jedném słowem formy nieembolicznych metastaz lecz sekretoryczne i gorączkowe uważać za ropnicę, albowiem takie spostrzeżenia należą tak w tyfusie jak i w innych zakaźnych chorobach (ospa, szkarlatyna itd.) do zwyczajnych“. W przypadku kol. Sawickiego uważa kol. Szeparowicz ropień stawu kolanowego i pod mięśniem uda czworogłowym jako przypad raczéj ropnicy, a zatém za metastazę któregokolwiek ogniska ropnego, np. okołomacicznego, nie zaś jako punkt wyjścia pyjemii, a do tego zapatrywania skłania się kol. Szeparowicz na podstawie tablicy z przebiegu gorączki. Kol. Sawicki godząc się na zapatrywania co do ropnicy przez koł. Szeparowicza wyłuszczone, dodaje do tłumaczenia metastaz w przypadku opowiedzianym, że ropnie, znajdujące się w tkance okołomaciczněj, odniósłby do owrzodzeń, jakie się w dolnéj części jelita grubego znajdowały. W dyskusyi zabierał głos jeszcze kol. Ziembicki.

4) Kol. Szeparowicz okazał obecnie używane dreny kostne. Dreny te grubości zwyczajnego ołówka z otwórkami naprzemianległemi w znacznéj ilości systematycznie znajdującemi się, bywają wyrabiane ze zwierzęcych długich kości. Namoczone w roztworze wodnym kwasu solnego, w stosunku 1 : 2 przez godzin 10, tracą kości sole wapniowe, a pozostaje tylko podścielisko chrząstkowatéj zbitości. Tak sporządzone przechowywane bywają w oliwie karbolowéj. Dreny takie bywają w ranach po 3ch do 4ch dniach w całości wessane, a rany poamputacyjne przy nich, przy zachowaniu antiseptycznych ostrożności goją się bez ropienia w kilkunastu dniach. Prelegent próbował używać tych drenów przy doszczętném leczeniu opuchliny wodnéj worka mosznowego, lecz zawiódł się, bo dreny zupełnie naruszonemi nie zostały, a z tego wnosi, że nie we wszystkich ranach dadzą się te dreny zastósować. *Dr. Jana.*

V. Sekcyja okulistyczna międzynarodowego Zjazdu w Londynie.

(Dokończenie Patrz Nr. 49).

Na posiedzeniu 5tém, odbytém w dniu 9 Sierpnia pod przewodnictwem Argylla Robertsona, Wecker miał rzecz o operacyjach wskazanych w różnych postaciach jaskry. Najgorętszy zwolennik irydektomii przyznać musi, że ona w pewnéj ilości przypadków jest bezskuteczną, a w niektórych nawet niebezpieczną. To wyznanie, zrobione już przez Graefego, usprawiedliwia szukanie nowych sposóbów operacyjnych i używanie środków zwężających źrenicę. Takim sposobem jest sklerotomija, a każdemu okuliście zależeć musi na dokładnéj znajomości zadania, jakie w leczeniu jaskry przypada irydektomii i sklerotomii. Ta ostatnia zastąpić winna irydektomiję przedewszystkiém tam, gdzie ona niebezpieczną, a nawet zgubną, stać się może. Do takich przypadków należą jaskra wybroczynowa, jako też wrodzona i jaskra wieku dziecięcego czyli innemi słowy puchlina gałki ocznéj (*hydrophthalmia buphthalmica).*

Należy się również pierwszeństwo sklerotomii we wszystkich przypadkach, w których działanie irydektomii jest niepewne, a więc według samego Graefego w jaskrze prostéj przewlekłéj, wolnéj od wszelkich oznak zadrażnienia, a zwłaszcza w tych przypadkach, w których ścieśnienie pola widzenia zbliża się już do punktu widzenia ukośnego. Nie znaczy to niestety, żeby wszystkie przypadki jaskry prostéj, w których irydektomija zawodzi, uleczyć się dały za pomocą sklerotomii, wydarzają się bowiem przypadki wyjątkowe, w których tak kilkakrotna sklerotomija jak i późniéj wykonana irydektomija okazują się bezskutecznemi. Doświadczenie kliniczne uczy atoli, że jaskra prosta, która się sklerotomii oparła, nie ustępuje także irydektomii. Najświetniejsze wypadki odnosi irydektomija, jak wiadomo, w jaskrze ostréj, a rzec można, że skuteczność téj operacyi ma się w stosunku prostym do ostrości cierpienia. W tych przypadkach irydektomija zasługuje na pierwszeństwo, a to tém bardziéj że nawet wykonana niecałkiem poprawnie odnosi skutek wyborny. Do tego dodać jeszcze potrzeba, że środki zwężające źrenicę działają w tych przypadkach najczęściéj niedostatecznie, a więc nie zabezpieczają należycie od zagłobienia tęczówki, co niezbędny warunek udania się operacyi stanowi. Taką rękojmię atoli mamy we wszystkich przypadkach jaskry ostréj, które użycie środków zwężających źrenicę zamienia w prostą jaskrę przewlekłą, tudzież w tych wszystkich, w których jaskra pierwotnie jako prosta przewlekła wystąpiła. W silném działaniu środków zwężających źrenicę mamy więc doskonały probierz co do skuteczności sklerotomii, któréj wskazania są następujące: 1. we wszystkich przypadkach jaskry wybroczynowéj; 2. w jaskrze wrodzonéj (*Buphthalmus)*; 3. w prostéj jaskrze przewlekłéj; 4. we wszystkich przypadkach, w których bystrość wzroku zmniejszyła się po irydektomii bezpośrednio lub jéj działanie lecznicze po niejakim czasie zmalało; 5. w celu usunięcia zwiastunów jaskry; 6. we wszystkich przypadkach jaskry bezwzględnéj z zupełnym zanikiem tęczówki w celu usunięcia bolów.

Następnie Bader mówił o leczeniu jaskry za pomocą sklerotomii i wypowiedział twierdzenie, że wszelkie rodzaje jaskry, leczone za pomocą irydektomii, leczone być mogą z tém większą pewnością skutku za pomocą sklerotomii, tudzież, że warunkiem skuteczności sklerotomii jest wytworzenie się garbiaka spojówki z opadnięciem tęczówki lub bez niego. Abadie miał rzecz o wskazaniach sklerotomii, która jego zdaniem jest na miejscu wszędzie tam, gdzie komórka przodkowa, mimo podwyższenia ucisku śródocznego, zachowała głębokość prawidłową. Jest więc wskazana przedewszystkiém w pewnych postaciach puchliny gałki ocznéj (*Hydrophthalmus)*, a skutek jéj zdaje się być tém lepszym, im mniéj schorzałe jest oko. — Prof. Leber odczytał rozprawę prof. Schölera z Berlina, który się za pomocą doświadczeń przekonał, że blizny po irydektomii, nawet torbielowate, nie przesączają cieczy śródocznych, że więc nie ma tak zwanych blizn filtracyjnych. Do tego samego przekonania przyszedł Samelsohn. — Argyll Robertson podaje, że trepanacyja, którą przed pięciu laty proponował, jest od irydektomii skuteczniejszą, ale zarazem niebezpieczniejszą. W ostatnim czasie trepanował on tylko twardówkę nie naruszając naczyniówki. Knapp uskutecznił w ostatnim $1\frac{1}{2}$ roku sklerotomiję we wszystkich przypadkach jaskry przewlekłéj. Skutek był zachęcający i o ile sądzić może lepszy, aniżeli po irydektomii w tych samych warunkach. Gałęzowski nacina twardówkę w dwóch miejscach na jéj brzegu. (Podług *Annales d' oculistique.* Zeszyt za Lipiec i Sierpień 1881). *Rydel.*

Ze Zjazdu Salcburskiego Przyrodników i Lekarzy odbytego w r. 1881.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 49.)

Oddawna już sztuczne żywienie noworodków i osesków zajmuje umysły lekarzy wszystkich krajów i nieraz już nad tym przedmiotem toczyły się rozprawy na zjazdach lekarskich, lecz i pojedyńczy lekarze podawali rozmaite środki zastępcze mleka niewieściego, które to ostatnie są najnaturalniejszém i najodpowiedniejszém pożywieniem noworodków i osesków. Co do środków zastępczych, bywało że każdo razowe pojawienie się nowego środka zastępczego przyjmowano z wielkim zapałem, sądzono, że już rozwiązano za gadnienie, że już nie potrzeba się będzie krzątać nadal koło tego przedmiotu, że wykryty jest środek nieomylny sztucznego żywienia dzieci! Atoli po upływie niejakiego czasu, po licznych a sumiennych doświadczeniach, zmieniła się postać rzeczy, nastąpiło rozczarowanie! Głoszono znów, że środek dawniéj zachwalany nietylko że nie żywi dostatecznie noworodków i osesków, ale że bywa szkodliwym a nawet zabójczym, jak to wykazał przed dwoma laty Dr. Albrecht, docent w Bernie szwajcarskiém, co do mączki Nestlego dla dzieci. Gdy się tak miały rzeczy, postanowiono przed dwoma laty w sekcyi pedyjatrycznéj Zjazdu w Kaslu wybrać komitet składać się mający ze znawców i lekarzy, któryby się sprawą tą zajmował i któryby swe sprawozdanie przedłożył na następnym Zjeździe w Gdańsku. Atoli panowie referenci nie mogli ukończyć swéj pracy na termin przeznaczony i dopiero tego roku na Zjeździe w Salcburgu Dr. Albrecht odczytał sprawozdanie, którego głównym autorem jest Dr. Steffen, lekarz chorób dzieci w Szczecinie zamieszkały a który na Zjazd przybyć nie mógł.

Ponieważ przedmiot przerzeczony obchodzi wszystkich lekarzy bez różnicy, przeto postanowiłem skreślić obrady, które się toczyły nad tym tematem w Salcburgu w roku bieżącym. Nie podaję zaś obszernego i wyczerpującego memoryjału, gdyż ten w pismach zrokowych lekarskich był podanym.

Dr. Soltmann zagaiwszy posiedzenie, przypomina, że obecnie traktują się wielkiéj doniosłości sprawy zdrowotne, dla tego téż jest obowiązkiem pedyjatrów chodzić koło zdrowotnych spraw świata dziecięcego, starać się głównie o to, aby, ile to być może, zmniejszyć śmiertelność dzieci, które przeważnie zmierają na cierpienia przewodu pokarmowego. Ktemu celowi należałoby przedewszystkiém urządzać szpitale dla chorych dzieci biednych rodziców, postanowić ścisłą kontrolę nad akuszerkami i tymi, którzy dzieci przyjmują na wikt, następnie czuwać nad jakością mleka używanego do żywienia noworodków i osesków. Jak wiadomo istnieją liczne surogaty, przyrządzone przez Biederta, Kormana, Heubnera, Hofmana, Jacobiego, Henniga, Nestlego i innych, prof. Demme zaś wielkie położył zasługi dostarczaniem mleka krowiego wybornego z mleczarni, ktemu celowi urządzonéj. Staraniem naszém być powinno, aby matki, pomne na własne swe zdrowie i zdrowie swych dzieci, same je karmiły, jeżeli zaś źródło naturalne nie wystarcza na wyżywienie osesków lub zupełnie zanika, natenczas winno ono być zastąpione mlekiem bydlęcém. Środki zastępcze do odżywiania służyć mające, któremi targ zalewają, do których mączka Nestlego, rosół Liebiega, zgęszczone mleko szwajcarskie z cukrem i inne należą, nietylko że nie zasługują na polecenie, lecz odradzać należy od ich używania, wywołują one bowiem liczne zboczenia trawienia przez cukier w nich zawarty. Serzeń *(caseinum)* w bydlęcém mleku zachowuje się inaczéj aniżeli w niewieściém. Biedert usiłował całkowicie wydzielić serzeń z bydlęcego mleka i zastąpić go fosforanem wapniowym.

Po przemówieniu Dra Soltmana odczytuje Dr. Albrecht referat komisyjny, poczém nastąpiła rozprawa, która przez dwa posiedzenia trwała, w niéj zabierali głos:

Dr. Hape z Hamburga życzyłby sobie, aby uwzględniono kilka poddziałów wieku dziecięcego, albowiem w pierwszych trzech miesiącach narzędzia trawienia u dziecka nie są jeszcze dostatecznie rozwinięte, dla tego téż należy mu podawać mleko rozcieńczone kleikiem jęczmiennym lub owsianym; na jedno wychodzi, czy się używa ktemu celowi kleiku jęczmiennego czy owsianego, jedni bowiem są za jęczmiennym, kiedy drudzy przenoszą owsiany nad jęczmienny.

Dr. Thomas z Fryburga w Brysgowii opisuje mleczarnię leczniczą istniejącą tamże, i podaje, że mu Dr Dornblüth, pod którego kontrolą mleczarnia się znajduje, oświadczył, że litr dobrego mleka sprzedaje się tamże po 14 fenigów.

Dr Hessing, właściciel zakładu ortopedycznego, potrzebuje dziennie dla chorych w jego zakładzie umieszczonych 180 mass mleka (masa zawiera $1\frac{1}{10}$ litra); w swojéj mleczarni, którą na ten cel urządził, zaprowadził suchą paszę krów, uważał jednak że po dłuższym czasie bydło zaczęło niedomagać, dla czego téż przeszedł do zielonéj paszy. Nie każda atoli krowa na wolném powietrzu się pasąca, dostarcza dobrego mleka, przejście z jednego rodzaju paszy do drugiego nie powinno być nagłém lecz powolném.

Przy téj sposobności podałem ja krótką wiadomość o mleczarni leczniczéj w Warszawie istniejącéj pod kierunkiem Drów Liebkinda i Markiewicza; w téj mleczarni jest 50 krów rasy górskiéj, a mówiąc o paszy krów wspomina Dr. Markiewicz (zob. *Medycyna* T. IX w artykule „Wskazówki dotyczące sposobów użycia mleka krowiego dla niemowląt i dorosłych"), że mleko krów karmionych zieloną paszą jest bardzo zmiennego składu, i mniéj jest pożywném aniżeli karmionych suchą koniczyną i sianem.

Dr. Förster z Drezna przemawia za mlekiem oślem, holenderscy lekarze Granitz w Amsterdamie i Musch w Roterdamie bardzo się przychylnie wyrażają o tém mleku; serzeń tego mléka łatwy jest do strawienia, błędném jest mniemanie jakoby mleko krowie najbardziéj się zbliżało (co do swych składników) do kobiecego mleka, przeciwnie dowiedzioném jest, że ośle mleko przewyższa o wiele krowie w tym względzie, wprawdzie ośle mleko o wiele jest droższe aniżeli krowie, lecz Holendrzy starają się o rozpowszechnienie onego, gdyż chcieliby tym sposobem ile możności ograniczyć używanie mamek.

Dr. Demme wyjaśnia, że litr zwyczajnego mleka w Bernie kosztuje 26 centymów, gdy mleko pochodzące z leczniczéj mleczarni kosztuje 36 do 42 centymów, jest ono przeto dla biednych za drogie; starano się biednym dostarczać tańszego mleka, spodziewa się, że będzie można w przyszłym roku jeszcze taniéj sprzedawać biednym mleko. Przytacza nadto, że bydło przez 10 do 12 miesięcy karmione suchą paszą, zaczyna niedomagać, udowodnioném jest również że rasa krów szwajcarska nie znosi suchéj paszy, przy téj sposobności opowiada następujący przypadek. Przybyła do Szwajcaryi rodzina hiszpańska, a matka podczas pobytu swego powiła bliźnięta, jedno dziecko dano do mamki, drugie karmiono mlekiem oślém, oślicę dojono dwa razy dziennie,

dawała dziennie w przecięciu 230 do 280 gramów mleka, ilość ta nie jest wystarczającą do wyżywienia dziecka; dodać należy, że wydzielanie mleka powoli się zmniejszało, tak że zaledwie 230 gramów dziennie otrzymywano. Dziecię chętnie brało to mleko, a po 6ciu miesiącach, kiedy rodzice mieli opuścić Berno, odżywienie obojga dzieci było prawie jednakowe, zarówno dobrze wyglądały. Oślica kosztuje w Bernie 5 do 6ciu franków dziennie. W końcu wspomina, że u dzieci karmionych oślém mlekiem bardzo rzadko niestrawność się pojawia. (Dok. nast.)

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu 49 (od 27 listopada do 3 grudnia) spadła ogólna śmiertelność z 34,7 na 29,4. Z ospy umarło 1. (4 z t); z płonicy 1 (1 z. t.); z błonicy 2 (1 z. t.); z duru brzusznego 1 (0 z. t.); z róży 0 (1 z. t.), a doniesiono w tymże czasie: o 2 przypadkach ospy. 1 krztuśca. 1 duru osutkowego (z Krowodrzy), 2 róży. W tygodniu 45 (do 12 listopada) z ospy w Londynie umarło 27, leczyło się w szpitalach 477, świeżo zapadło 85. W Budapeszcie umarło z ospy 13, w Paryżu 9, w Petersburgu 6, w Pradze 4, w Wiedniu 16, w Saragossie 18. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 4, w Londynie 3, w Maladze i Granadzie po 2. Odra panuje w Liverpolu i Chrystyjanii, błonica w Paryżu. W Granadzie umarło więcéj z czerwonki, mniéj w Aleksandryi.

Statystyka śmiertelności W tygodniu 45 (do 12 listopada) umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 37,2; we Lwowie 25,4; w Poznaniu 22,6; w Wiedniu 26,6; w Budapeszcie 29,3; w Pradze 24,1; w Tryjeście 29,9; w Berlinie 26,1; w Wrocławiu 32,1; w Gdańsku 24,0; w Dreźnie 23,6; w Lipsku 19,9; w Bazylei 16,7; w Amsterdamie 22,6; w Hadze 24,3; w Paryżu 25,8; w Londynie 22,3; w Kopenhadze 20,9; w Stokholmie 15,2; w Chrystyjanii 18,2; w Petersburgu 25,8; w Odesie 29,6; w Wenecyi 23,3; w Bukareszcie 24,7; w Aleksandryi 36,5; w Nowym Yorku 26,3; w Filadelfii 21,2; w Bombaju 28,3; w Madrasie 30,8. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 7 grudnia. W numerze poprzednim zdając sprawę z posiedzenia wydziału budżetowego Rady państwa, na którém poseł prof. Czerkawski ponowił rezolucyję względem uzupełnienia Uniwersytetu lwowskiego powtórzyliśmy za dziennikami wiedeńskiemi także treść przemówienia p. Ministra oświecenia. Otóż p. Minister podnosząc zwiększającą się frekwencyję w Wydziale lek. w Krakowie. miał twierdzić, że liczba uczniów w roku bieżącym dochodzi do 130. Nie przypuszczając, aby p. Minister nie posiadał lub nie znał wykazu, przesłanego w dniu 3 listopada rb. ze strony tutejszego Wydziału, przekonani jesteśmy, że w sprawozdaniu dzienników zaszła omyłka drukarska. Postaraliśmy się o cyfry urzędowe, które tu podajemy. a z których wynika, że począwszy od roku szkolnego 1876/7 liczba uczniów zwyczajnych Wydziału naszego lekarskiego ciągle wzrasta. I tak

w półroczu zimowém	1876/7	było uczniów	148,	w letniém	142
„	1877/8	„	156,	„	148
„	1878/9	„	171,	„	161
„	1879/80	„	178,	„	174
„	1880/1	„	215	„	206
„	1881/2	„	238 i 21 nadzwycz.		

a więc w półroczu bieżącém samych uczniów zwyczajnych jest 238, nie zaś 130.—Skoro pomimo nieświetnego wcale położenia, w którém się znajduje wielka część lekarzy w Galicyi praktykujących frekwencyja w Wydziale lek. U. J. od lat 6 ciągle się wzmaga, nie ma obawy, aby w niedalekiéj przyszłości brak lekarzy w kraju naszym dotkliwie czuć się dawał; przeciwnie przekonani jesteśmy, że wielu młodych lekarzy po ukończeniu nauk w Wydziale tutejszym wstąpi w służbę wojskową albo opuści kraj, celem szukania odpowiedniego dla siebie utrzymania w innych krajach austryjackich lub nawet zagranicą; wszakże już w ostatnich latach nie mało wychowańców szkoły naszéj porzuciło Galicyję, aby za krajem wyrobić sobie stanowisko, którego pomimo usilnych zabiegów w kraju zdobyć sobie nie mogli. Jeżeli zaś mimo to wszystko jesteśmy w zasadzie za uzupełnieniem Uniwersytetu lwowskiego, mamy do tego inne powody, których wyłuszczenie w téj chwili i na tém miejscu byłoby zbytecznem. Ale uroczyście protestować musimy przeciw wznowieniu szkoły chirurgicznéj we Lwowie i zarazem zwracamy uwagę reprezentantów naszych, aby starali się przytłumić złe w samym zarodzie, i aby nie pozwolili na szkodę kraju naszego i oświaty naszéj rozwielmożnić się myśli, która jakkolwiek nie śmiele występuje na jaw od czasu do czasu i nabawia nas trwogą, aby nie powróciły znów czasy poniżenia stanu lekarskiego, które przyzwyczailiśmy się uważać za minione bezpowrotnie. Albo kraj nasz otrzyma drugi, należycie wyposażony Wydział lekarski we Lwowie, albo niechaj Rząd odpowiednio do potrzeb największego kraju koronnego wyposaży lepiéj Wydział lekarski w Krakowie, — a jeżeli nie stanie się ani jedno, ani drugie, za jakie przewinienie kraj miałby być skazany — na szkołę chirurgiczną?

* **Warszawa**. *Gazeta Lekarska* donosi, że dn. 6go bm. Dr. Henryk Nussbaum odbędzie lekcyję próbną, wymaganą jako jednę z kwalifikacyj na docenta prywatnego w Uniwersytecie, nie dodając wszakże jakiego przedmiotu. Zapisujemy jednak fakt sam, żywo pragnąc, aby nie pozostał jedynym.

* **Mianowania i odznaczenia**. Nareszcie życzeniu Czechów stało się zadość; prymaryjusz i prof. nadzw. Dr. Wilhelm Weiss mianowany został zwyczajnym profesorem chirurgii z wykładem czeskim w Uniw. praskim. Tym sposobem dwie najważniejsze kliniki: wewnętrzna i chirurgiczna mają reprezentantów Czechów.—W Uniwersytecie buda-peszteńskim ustanowioną została druga katedra anatomii opisowéj, a otrzymał ją prof. Mihalkovics (pierwszą zajmuje prof. Lenhossék). Już od dawna istnieją 2 kliniki chorób wewnętrznych (proff. Koranyi i Wagner) i 2 chirurgiczne (proff. Kovacs i Lumniczer). Asystent przy katedrze hygijeny Dr. Rózsahegyi potwierdzony został jako docent prywatny hygijeny przemysłowéj i fabrycznéj w Uniw. peszteńskim.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 49: Narkiewicza-Jodki: Przyczynek do kazuistyki urazowych uszkodzeń oka; Kosińskiego: Wewnętrzne nacięcie cewki moczowéj; Szwajcera: Spostrzeżenia nad przebiegiem gorączki powrotnéj (dok.). W *Medycynie* Nr. 46—49: Kahla: Otrucie strychniną (dok.); Rogowicza: O dokonywaniu porodu drogą naturalną zamiast cięcia cesarskiego (c. d. i dok.)

Towarzystwo lek. krak. odbędzie we środę dnia 14go b. m. o godzinie 5téj po południu w sali wykładowéj prof. Rosnera w szpitalu Sgo Łazarza posiedzenie nadzwyczajne, na którém kol. Skobel przedstawi rzadki przypadek zmian prawdopodobnie w rdzeniu przedłużonym (*medulla oblongata*) u chorego z kiłą wczesną.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj pół-tora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja:
Ulica Podwale Nr. 84.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Boulv. Voltaire 180, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia op. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	4 „	6 „

Kraków, 17 grudnia 1881. **№ 51.** **Rok XX.**

I. Z kliniki chorób wenerycznych i skórnych prof. Dra Rosnera.

Przypadek wrzodów gruźliczych w gardle.

Podał Dr. **Stanisław Skobel**,
Asystent téjże kliniki.
(Dokończenie. Patrz Nr. 50).

Nieznaczne i prawdopodobnie świeże zmiany w płucach skłaniają do przypuszczenia, że gruźlica pierwotnie na pod-, niebieniu miękkiém wystąpić mogła. Przypuszczenie nasze zostawałoby w zgodzie z doświadczeniami innych badaczy mianowicie Isamberta, który opisuje niewątpliwe powstawanie wrzodów gruźliczych w gardle u takich osób, u których w płucach nie można było wykazać najmniejszych objawów gruźlicy.

Przyznaję, że zmiany w szczytach płuc i w krtani dopomagają w obecnym przypadku do rozpoznania gruźlicy w gardle, atoli nie mógłbym się zgodzić na to, ażeby wykryte zmiany w płucach, miały rozstrzygać w tym przypadku o znaczeniu wrzodów w gardle, albowiem bardzo często znajdujemy wrzody kiłowe w gardle u dotkniętych naciekami gruźliczemi w płucach lub wrzód rakowy na błonie śluzowéj ust, obok zmian kiłowych na skórze.—Co się zaś tyczy pytania, czy i jaki związek zachodzi między wrzodami w gardle a zmianami w innych przyrządach, to już poprzednio nadmieniłem, że zmiany w płucach i w krtani, mają najprawdopodobniéj znaczenie złogów gruźliczych i że niepodobna powiedzieć, w którym z tych przyrządów najpierw się gruźlica rozwinęła. Pozwalam sobie jednak zwrócić uwagę raz jeszcze, na bardzo nieznaczne zmiany w płucach obok tak rozległego owrzodzenia w gardle, z czego nie wnoszę, lecz przypuszczam, że pierwsze objawy gruźlicy w gardle wystąpiły.

Co do choroby Brighta u naszego chorego, to nie wiedząc kiedy się rozwinęła nie można również powiedzieć, czy jest następstwem gruźlicy jak się to zdarza, czyli też chorobą samodzielną nie zostającą w żadnym związku z objawami w innych organach.

Rozpoznano tedy: *Ulcera tuberculosa palati mollis, uvulae, amygdalarum nec non epiglottidis; infiltratio tuberculosa apicis pulmonum; morbus Brightii chronicus subsequente anasarca et ascitide.*

Z rozpoznania powyższego wynika, że rokowanie nie mogło być pomyślne, na życzenie zaś jednego z kolegów, który objawił pewną wątpliwość co do znaczenia wrzodów, podano choremu jodek potasowy 2 grm. *pro die*, oprócz tego zalecono odwar ze ślazu do płukania i morfin z oliwą do pędzelkowania wrzodów. Przy leczeniu pomienionem wrzody w gardle szerzyły się coraz bardziéj posuwając się ku podniebieniu twardemu, połykanie pokarmów płynnych stawało się coraz mozolniejsze, chory widocznie upadał na siłach, na twarzy malowało się zobojętnienie, gorączka się wzmagała, wieczorem dochodziła do 40°, tętno do 130 uderzeń na minutę. Nie widząc żadnego polepszenia w cierpieniu u naszego chorego, zaniechano, po 10 dniach, zadawania jodku potasu. W jedenastym dniu odpadł języczek, lecz nie można było dociec; czy go chory połknął lub wypluł. Noc z dnia siódmego na ósmy listopada przepędził chory bardzo niespokojnie, rzucał się i zrywał na łóżku, a dnia 8 bm., czyli po 12 dniach pobytu w klinice, zakończył życie.

Sekcyja wykonana w zakładzie anatomii patologicznéj Wnego prof. Dra Browicza wykazała:

Skóra blada, prócz dosyć licznych plam pośmiertnych nie przedstawia żadnych innych zmian. Podściółka tłuszczowa skąpa; na odnogach dolnych mierny obrzęk surowiczy.

Czaszka i ośrodki nerwowe nie przedstawiają zmian. Przednia strona podniebienia miękkiego razem z języczkiem po części zniszczonym, łuki podniebienia, nasada języka, boczna i przednia ściana gardziela przedstawiają jeden rozległy wrzód o dnie nierównem, gdzieniegdzie brodawkowém, na owrzodzeniach gardziela gładkiém, szarawo zabarwionem, częściowo szaro-żółtawym pokładem pokrytém, o brzegach nierównych jakby powygryzanych, niewyniosłych. Dno owrzodzeń gardzielowych sięga do odsłoniętych mięśni gardzielo-

wych. Przednia powierzchnia nagłośni, po części także jéj powierzchnia tylna, owrzodziała, przy brzegu po stronie prawéj dno wrzodu sięga do chrząstki obnażonéj.

Wśród brzegów owrzodzeń zlewających się ze sobą widać gdzieniegdzie drobniutkie punkciki żółtawe. Błona śluzowa reszty krtani zgrubiała, zaczerwieniona w górnéj części po nad wiązadlami, w dolnéj lekko nastrzykana. Fałdy nalewko-nagłośniowe na swych brzegach owrzodziałe, częściowo zniszczone.

Badanie drobnowidowe podniebienia miękkiego wykazuje wśród nacieku jednostajnego drobnokomórkowego częściowo nekrotyzującego gruzełki rozsiane nieliczne, naczynia krwionośne wśród owego komórkowego nacieku, dno owrzodzeń tworzącego, przeważnie zgrubiałe, posiadające ściany zarośnięte, niedrożne.

W dolnych częściach tchawicy i głównych oskrzelach błona śluzowa silnie nastrzykana i zaczerwieniona, gdzieniegdzie wybroczyny drobne zawierająca, obfitym śluzem pokryta.

Oba płuca w częściach szczytowych silnie zrośnięte z opłucną żebrową. Opłucna nad płatami górnemi znacznie zgrubiała, nad dolnemi częściami płuc nastrzykana, drobnemi wybroczynami gdzieniegdzie zasiana.

Na opłucny płuc, zwłaszcza około tylnéj części płatów, rozsiane dosyć liczne szarawe lub żółtawe gruzełki. W obu szczytach znajdują się jamy wielkości orzecha włoskiego, częściowo ze sobą komunikujące, o ścianach wygładzonych, wypełnionych gęstą, brudno-szarą cieczą, wśród miąższu twardego, szaro-czarnego, modzelowatego, wśród którego tkwią drobne białawe, serowate ogniska. W dolnéj części płatów górnych, jakotéż w płatach dolnych, wśród miąższu przekrwionego, powietrznego, liczne w ogniska wielkości grochu i bobu skupione, gruzełki żółtawe. Brzegi dolnych płatów nadmiernie powietrzem rozdęte. Gruczoły oskrzelowe powiększone, zbite ogniska serowate zawierające. Osierdzie, śródsierdzie i rozmiary serca prawidłowe. Mięsień jędrny, brunatny. Badanie drobnowidowe wykazuje zmianę skrobiowatą naczyń śródmięśniowych i gdzieniegdzie zmianę woskową włókien mięsnych. Tętnice wieńcowe serca w swych głównych pniach okazują zmiany miażdżycowe nizkiego stopnia, toż samo widać w tętnicy głównéj powyżéj zastawek półksiężycowych. W jamie brzusznéj do trzech litrów cieczy mętnéj, liczne strzępki i płatki włóknikowe zawierającéj. Otrzewna tak ścienna, jakotéż jelitowa ćma, nastrzykana, drobnemi wybroczynami gdzieniegdzie zasiana, pokryta nalotem wypociny włóknikowéj.

Wątroba prawidłowych rozmiarów, poprzyrastana pasmami wrzekomemi do przepony i jelita grubego, miąższ brunatno-czerwony, spójności prawidłowéj. Badanie drobnowidowe wykazało obecność gruzełków, zmianę skrobiową w ścianach naczyń okołozrazikowych i nieznaczny rozrost tkanki łącznéj około tychże. Śledziona o połowę większa, torebka zgrubiała, miąższ ciemno-wiśniowy, połyskujący. Badanie drobnowidowe wykazuje zmianę skrobiowatą w naczyniach większych, śródmiąższowych. Nerka lewa 91 grm. wagi przedstawia powierzchnię w licznych miejscach pozaciąganą, torebka w tych miejscach silniéj przylega, miejsca te czerwono zabarwione odbijają od reszty powierzchni żółtawo-zabarwionéj. W obu nerkach (prawa nerka 217 gramów wagi) istota korowa blada, żółtawa, rysunek pasmowy zatarty, spójność zwiększona. Badanie mikroskopowe wykazuje w lewéj w miejscach pozaciąganych, czerwonych, przerost tkanki łącznéj i zupełny zanik miąższu, w reszcie miąższu obu nerek zmianę skrobiowatą naczyń przeważnie kłębków, zwyrodnienie tłuszczowe przybłonka cewkowego, liczne rozsiane ogniska nacieku zapalnego komórkowego, głównie okołokłębkowego, wałeczki silnie połyskujące.

Błona śluzowa żołądka przedstawia zmiany nieżytowe; w jelicie cienkiém blada, prawidłowego wejrzenia. W połowie grubego jelita części wstępującéj jeden wrzód wielkości pół centa o brzegach wałowato wyniosłych przez przekrwioną i rozpulchnioną błonę śluzową utworzonych, o dnie czystém do błony śluzowéj sięgającém.

Rozpoznanie anatomiczne jest zatém następujące: *Phthisis tuberculosa pulmonum, ulcera tuberculosa palati mollis, pharyngis, laryngis, intestini crassi, tuberculosis hepatis. Degeneratio amyloidea cordis, hepatis, lienis, renum, nephritis chronica.*"

Zmiany gruźlicze w gardle nie pojawiają się przecież tak rzadko, jakby o tém sądzić wypadało z nader szczupłych doniesień tak anatomów patologicznych, jak i lekarzów zajmujących się chorobami wewnętrznemi; mnie samemu znane są trzy przypadki owrzodzeń gruźliczych w tém miejscu, które w bardzo krótkim czasie zakończyły się śmiercią. Oprócz wyżéj opisanego przypadku rozpoznano w roku zeszłym w klinice prof. Dra Rosnera u mężczyzny około 30 lat mającego, wrzody gruźlicze w gardle, obok nacieków gruźliczych w płucach, którego następnie odesłano do oddziału chorób wewnętrznych docenta Dra Pareńskiego; trzeci zaś przypadek tego samego cierpienia widziano u kobiety, bardzo dobrze zbudowanéj, u któréj w pierwszych miesiącach ciąży, obok nacieków w płucach, powstały owrzodzenia gruźlicze w gardle i jak w poprzednich dwóch przypadkach po kilku tygodniach śmierć przywiodły; przypadkiem ostatnim zajmowali się bliżéj prof. Dr. Rosner i Dr. Stępiński. Odnośnie do zmian gruźliczych spostrzeganych w gardle, przytacza Dr. B. Fränkel w artykule *Uiber die Miliartuberculose des Pharynx* sześć przypadków wrzodów w gardle, które mu się nasunęły stosunkowo w krótkim czasie i gdzie sekcyja znaczenie gruźlicze wrzodów potwierdziła. W zakładzie anatomii patologicznéj prof. Virchowa zdarzył się jeden przypadek owrzodzeń gruźliczych w gardle, na 150 przypadków suchót, a Navratil (*Laryngologische Beiträge* Leipzig 1871, str. 28) podaje, że na 162 przypadków owrzodzeń gruźliczych w krtani widział 20 razy owrzodzenia gruźlicze w gardle. Zadziwia również, że dopiero w ostatnich latach gruźlica w gardle zwróciła uwagę lekarzy, chociaż niewątpliwie cierpienie to i dawniéj istniało; pochodzi to, o ile się domyślać można, z przyzwyczajenia niemal ogólnego do upatrywania we wszystkich wrzodach w gardle znaczenia kiłowego, a nawet i w takich przypadkach, w których środki przeciwkiłowe nietylko były dawane bez skutku, ale nadto przyczyniły się do powiększenia wrzodów. Przebieg taki przypisywano suchotom płucnym, które miały być następstwem zakażenia kiłowego i stać na zawadzie zabliźnieniu się wrzodów kiłowych w gardle, tamując działanie pomyślne środków przeciwkiłowych.

Co do przyczyny powstawania wrzodów gruźliczych w gardle i po uwzględnieniu całéj dla mnie przystępnéj literatury [1]) nic stanowczego powiedzieć nie mogę, atoli zdaje

[1]) 1) Bryk: *Wiener Medizinische Wochenschrift* 1864.
2) Rindfleisch: *Lehrbuch der patholog. Gewebelehre* Leipzig, 1869, p. 310.
3) E. Wagner: *in Ziemssen's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie*, 1874, T. VII, H. I, pag. 125.

się nie ulegać wątpliwości, że, jak to Isambert twierdzi[4] a Fränkel przypuszcza, gruźlica w gardle może wystąpić pierwotnie.

Opierając się na zdaniu powyższych badaczy, a nie mogąc w płucach wykazać znaczniejszych złogów gruźliczych, przypuszczaliśmy, że i u naszego chorego wrzody w gardle powstałe z rozpadłych guziczków gruźliczych, pierwotnie się w têm miejscu rozwinęły; wszakże po sekcyi, która nierównie znaczniejsze zmiany w płucach wykryła, zmuszeni jesteśmy odstąpić od dawnego przypuszczenia.

Pozwalam sobie także zwrócić uwagę w naszym przypadku na liczne guziczki gruźlicze, rozsiane w obydwu płucach i wątrobie, a to dla tego, ponieważ o nich wspominają wszyscy lekarze, którzy się zajmowali badaniem zwłok u zmarłych na gruźlicę gardła; wystąpienie téj gruźlicy prosówkowéj tłumaczy nam przebieg niezwykle szybki, nie tylko u naszego chorego, ale i w innych opisanych przypadkach. Winienem również nadmienić, że objawem cechującym, o którym wszyscy autorowie wspominają, jest bardzo silny ból gardła, dla którego chorzy udają się o pomoc lekarską; ból ten, jakoteż utrudnione połykanie, z powodu nacieku mięśni gardzielowych, sprawia, że chorych nakłonić nie można do spożywania nawet pokarmów płynnych, co przy równoczesnéj gorączce do szybkiego upadku sił i śmierci doprowadza. Co się tyczy leczenia, to wszelkie dotychczasowe usiłowania okazały się zupełnie bezsilnemi, z wyjątkiem jednego przypadku, który opisuje Isambert, gdzie polepszenie (może chwilowe?) nastało, wszystkie inne w 2—6 miesięcy zakończyły się śmiercią; z tego jednak nie wynika, ażeby wrzody gruźlicze w gardle miały być nie do wyleczenia, wszakże o wrzodach gruźliczych w krtani równie twierdzono, że są nieuleczalne, a przecież doświadczenia późniejsze przekonały, że wrzody takie niekiedy się goją, a chorzy do zdrowia wracają (na jak długo, to znowu inne pytanie!)

II. O duszności.

(Wykład miany w Towarzystwie lekarskiém na posiedzeniu z dnia 18/6 1881).

Przez Dra **Przemysława Pieniążka,**
Docenta Uniwers. Jagiellońskiego.

(Dokończenie. Patrz Nr. 50).

Podobnie jak zapalenie ochrzęstnéj, choć znacznie rzadziéj, sprawiać mogą zwężenie przez zamknięcie głośni inne sprawy zapalne, jak np. ropnie w tkance podśluzowéj lub zapalenie miąższowe krtani. Częściéj zdarza się to w przeroście błony śluzowéj, który występuje najczęściéj w formie niby zrośnięcia wiązadeł od przodu, a właściwie przerostu błony śluzowéj w przednim kącie głośni, lub też jako przerost błony śluzowéj na dolnych powierzchniach wiązadeł i bocznych ścianach krtani (t. zw. *chorditis inferior hypertrophica*), rzadziéj jako przerost w formie okrężnéj lub też od jednéj ściany wychodzący, najczęściéj skutkiem chronicznego ropotoku powstały. Podobnież zwężenia polegać mogą na nowotworach w krtani i tchawicy, czy to złośliwych czy łagodnych, bądź pojedyńczych bądź gromadnych, znowu najczęściéj w saméj głośni usadowionych, a wreszcie na bliznach bądź okrężnych, bądź też w postaci mostków przecinających światło krtani lub tchawicy, które także najczęściéj w saméj głośni występują i tu często rzeczywiste zrośnięcie wiązadeł od przodu w kształcie płetwy żabiéj sprowadzają. Wreszcie zwężenie w głośni powstać może na tle nerwowém, bądź to skutkiem porażenia mięśni rozszerzających głośnię (*mm. cricoarytaenoidei postici)*, bądź to skutkiem skurczu mięśni zwężających głośnię t. j. t. zw. *spasmus glottidis*. W obu razach wiązadła do siebie zbliżone zostawiają nazbyt wązką szparę dla przejścia powietrza, przez co sprawiają bardzo znaczne zwężenie.

Powyżéj krtani spotykamy oprócz ugnieceń bocznych ścian gardziela lub wchodu krtani z zewnątrz przez nowotwory, sprawy zapalne, krew wynaczynioną itp., czasem zwężenia powstałe skutkiem spraw zapalnych lub nowotworowych albo i blizn w samém wejściu krtani lub w dolnéj części gardziela, albo i na migdałkach. Sam widziałem takie zwężenie w dolnéj części gardziela skutkiem blizny okrężnéj, że ledwie kateter Nr. 10 dał się przez nie przeprowadzić. Migdałki rzadko dają powód do zwężeń skutkiem samego przerostu i to zwykle u małych tylko dzieci, natomiast łatwiéj stać się to może w nowotworach z nich wychodzących, które bądź wprost zatykają gardło, bądź też ugniatają wejście krtani.

Do tych zwężeń dodać jeszcze winniśmy wpadnięcie ciał obcych do krtani i tchawicy, które bardzo znaczne zwężenie, a nawet zaduszenie sprowadzić mogą.

Z pomiędzy tych wszystkich rodzajów zwężeń podnieść musimy jednę formę wcale nie rzadko występującą, polegającą na zwężeniu w drobnych oskrzelach, którego natura jednak nie jest dość skonstatowaną. Mamy tu na myśli astmę. Zdania klinicystów są tu podzielone, gdy jedni przyjmują skurcz drobnych oskrzeli, skutkiem ściągnięcia się przebiegających w ich ścianach mięśni gładkich, drudzy obrzmienie w nich błony śluzowéj, które zatém jest przyczyną zwężenia. Dowodu na żadne z tych twierdzeń dać niepodobna a objawy napadowi astmy towarzyszące dadzą się bez naciągania do obu odnieść.

W ten sposób mamy skreślone wszystkie ważniejsze przyczyny zwężeń dróg oddechowych, a więc i powstałéj na ich tle duszności, jeżeli są dość wielkie, co się jednak rzadko wydarza.

Przystąpmy teraz do wymienienia przyczyn duszności drugiego rodzaju, t. j. téj, która polega nie na pomniejszeniu ilości dochodzącego do płuc powietrza, ale na zmniejszeniu wymiany gazów pomiędzy niém a krwią w płucach krążącą. Tu przedewszystkiém wspomnieć musimy o zmniejszeniu ogólnéj ilości krwi, a têm samém i ilości krwi w płucach się znajdującéj, jakie zdarza się w błednicy lub niedokrewności z jakichbądź przyczyn powstałéj. Daléj wspomnieć winniśmy o zbytniém rozrzedzeniu krwi, braku w niéj zatém tych części, które kwasoród pochłaniają, t. j. ciałek krwi, jak to bywa w wodnistości krwi, albo też w białaczce. W obu razach absorbcyja kwasorodu z powietrza w płucach zawartego do krwi jest upośledzoną, a skutkiem tego szybciéj występuje potrzeba nowego oddechu. Podobnież działa także pomniejszenie ilości krwi nie w całym organizmie, ale w samych płucach, jak to bywa w wadzie serca, która dopływ krwi

4) Isambert: *Annales des maladies de l'oreille et du larynx* T. II, p. 162.
5) Fränkel: *Berliner klinische Wochenschrift* 1876, Nr. 46 i 47.
6) Stoerk: *Klinik der Krankheiten des Kehlkopfs, der Nase und des Rachens* 1880, H. II, p. 286.
7) Morell Mackenzie w tłumaczeniu Semona. *Die Krankheiten des Halses und der Nase.* 1880. Berlin, T. I, p. 123.
8) Küssner: *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1881, Nr. 20 i 21.

do płuc utrudnia (*stenosis art. pulmonalis)*, lub też skutkiem zaniku naczyń w płucach w rozedmie płuc, albo uciśnięciu pewnéj ich części przez nagromadzoną wypocinę w jednéj z jam opłucnych lub dostaniu się do niéj powietrza *(pneumothorax)* itp. Też same skutki sprawia wreszcie i zwolnienie krążenia w ogóle, tém samém i w płucach, krew bowiem nasyconą już kwasorodem nie dość szybko zastępuje nowa ilość krwi, któraby zdolną była do dalszéj absorbcyi kwasorodu. Te wszystkie przyczyny wywołują duszność, przeciw któréj organizm walczy, jak już wyżéj podano, częstemi a płytkiemi oddechami. Dodaćby jeszcze można żywszą i szybszą absorbcyję kwasorodu, jaka skutkiem podwyższonéj sprawy utleniania się w organizmie w stanach gorączkowych występować się zdaje. Tu powietrze wdechowe szybciéj zużyte zostanie, szybciéj też jego odnowa jest potrzebną. Wspomnieć przytém winniśmy, że stany zapalne opłucnych sprawiając ból przy oddechach są przyczyną, że wdechy stają się płytsze, a tém samém, aby potrzebie odpowiedziały częściéj powtarzać się muszą. Mamy zatém objaw podobny, jak w duszności, który jednak nie na niéj, lecz tylko na bólu polega.

Pomiędzy temi obiema grupami przyczynowemi dwóch rodzajów duszności znajdują się także stany pośrednie, które częścią do jednéj, częścią do drugiéj należą. I tak jeżeli zwężenie nie obejmuje wszystkich oskrzeli pewnego rzędu, ale tylko pewną ich część, albo też jedno oskrzele główne np. lewe skutkiem ugniecenia przez tętniaka aorty, w takim razie przejście powietrza atmosferycznego przez miejsca zwężone rzeczywiście będzie utrudnionem, i dostanie się go mniéj do odpowiedniéj części płuc; natomiast jednak swobodnie dojdzie ono do innych części płuc, gdzie jednak za małą ilość krwi swoim kwasorodem zasilić będzie mogło. Stan taki rzeczywiście stoi w pośrodku pomiędzy obu wyżéj opisanemi, rozpatrzmy się więc, jak się w obec niego organizm będzie zachowywać. Przez miejsca zwężone przyjdzie tu niezawodnie mniéj jeszcze powietrza, niżby przy ogólnem zwężeniu przeszło, gdyż ma ono inne nie zwężone drogi przed sobą otwarte; im większy jest stopień tego zwężenia, tém mniéj się po za nie powietrza dostanie, im zaś większa przy tém część płuc jest w ten sposób dla powietrza niedostępną, tém więcéj powietrza dojdzie do pozostałych części płuc. Jeżeli bowiem wdech był prawidłowo głęboki, a skutkiem zwężenia pewnych dróg powietrze nie rozeszło się niemi jednostajnie, to w miarę pomniejszonéj jego ilości w jednych częściach płuc powiększona do innych dostać się musiała. Tak więc cała ilość wdechanego powietrza znalazła pomieszczenie w płucach, choć się w nich niejednostajnie rozdzieliła. Wtedy organizm nie ma ani potrzeby, ani bodźca wciągać więcéj powietrza nad to, które mu daje normalny wdech, powietrze to jednak głównie do jednéj części płuc się dostało i tam tylko wymienia swe gazy z krwią. Jeżeli część ta jest dość znaczną, czyli jeżeli zwężenie tamuje dostęp powietrza do małéj tylko płuc części, to wymiana gazów może być dostateczną i nie ma powodu do szybkiéj odnowy powietrza. Jeżeli jednak zwężenie zajmuje znaczną ilość oskrzeli tak, że powietrze do małéj części płuc się dostaje, to chociaż cała ilość jego jest prawidłową, a względnie do tychże części nawet nadmiernie wielką, to jednak ilość krwi w téj części płuc będzie zamałą, by wymiana gazów była dostateczną, będzie to stan zupełnie do ugniecenia pewnéj części płuc podobny, gdyż powietrze choć w normalnéj ilości, ale część tylko naczyń włosowatych płuc spotyka i z tą częścią tylko swe gazy wymienia, tak, że łatwo skutkiem niedostatecznéj wymiany szybciéj potrzeba odnowy powietrza wystąpi i wdech się powtórzy prędzéj, albo w ogóle oddechy będą częstsze, a tém samém i płytsze być muszą. Jeżeliby jednak tak znaczna część płuc była dla wdechanego powietrza niedostępną, że w pozostałéj ich reszcie przy zwykłéj sile wdechu normalna ilość powietrza wdechanego nie mogłaby się pomieścić, w takim razie musiałaby wystąpić większa siła ze strony mięśni wdechowych, aby przecież prawidłową ilość powietrza wciągnąć, przezcoby się część jego i przez zwężone oskrzela przedrzeć zdołała. W takim jednak razie tém bardziéj potrzeba szybkiéj odnowy wystąpić musi, skutkiem czego przecież oddechy nie głębszemi ale częstszemi stać się muszą. To też doświadczenie uczy, że w stanach takich, jak zwężenie jednego oskrzela pierwszego rzędu lub kilku rzędów następnych, oddechy są częstsze, a tém samém płytsze, niż w normalnym stanie, zupełnie tak samo jak to miewa miejsce w ugnieceniu jednego płuca, lub znacznych części płuc obu. Do części ugniecionych nie dochodzi wtedy wcale powietrze, do części, do których zwężone prowadzą oskrzela, dochodzi go za mało, do pozostałych zaś wolnych części płuc może dochodzić zwiększona jego ilość, zawsze jednak głębokość wdechu w ogóle mniejszą będzie niż w stanie normalnym, gdyż zwiększona częstość oddechów nie dozwala prawidłowéj ich głębokości. Jedynie w pierwszéj chwili po nagłém powstaniu podobnego stanu, np. nagłém zatkaniu jednego oskrzela przez wpadłe ciało obce, lub nagłém zgnieceniu jednego płuca przez wejście powietrza do jednéj jamy opłucnéj, jedynie wtedy powstaną na razie głębsze oddechy, gdyż w pierwszéj chwili normalna siła wdechu nie zdoła dostatecznéj ilości powietrza wciągnąć do płuc; ten jednak sposób oddechania potrzeby nie zaspokoi, gdyż dekarbonizacyja krwi w nim będzie upośledzoną, powstanie zatém duszność, która wywoła drogą odruchową coraz częstsze wdechy, które tém samém coraz płytszemi będą, aż w końcu częstość ich przekroczy normę, a za to głębokość poniżéj normy stać będzie. Wtenczas dopiero będzie możebną kompensata zamałéj ilości krwi mającéj udział w wymianie gazów, choć kompensata ta tylko częściową będzie, jeżeli zaburzenie zbyt było wielkiém, by się w zupełności skompensować dało.

Tak więc mamy przedstawiony ważny system chorobowy zwany dusznością w obu głównych obrazach, w jakich się przedstawia, wraz z przyczynami go wywołującemi i z następstwami, które wywołuje w głównych kierunkach, które się nam jako zaburzenia w sprawie oddechania i w sprawie krążenia krwi przedstawiają, co było zadaniem niniejszego wykładu. Pominąłem w nim skutki, jakie duszność na inne sprawy wywierać może, gdyż są one częścią odległe, częścią mniéj ważne, sądziłem więc że to bez uszczerbku w naszym temacie uczynić mogę; pozostawałoby mi jedynie, mówiąc o duszności, wspomnieć także o pewnym pokrewnym jéj objawie, bo nawet częścią na niéj polegającym w sprawie oddechania, tj. o t. zw. zjawisku oddechowém Stokesa. Nie będę jednak na teraz rozbierać tego objawu, gdyż rozbierałem go już poprzednio opisując w Przeglądzie Lek. w końcu roku 1879 dwa przypadki tracheotomii w krupie, przyczém miałem sposobność wyrazić własne zdanie z doświadczenia o tym objawie nabyte, które powtórnie w opisie ważniejszych przypadków z mojéj obserwacyi w piśmie *Wiener medicinische Blätter* w r. b. wyłuszczyłem, do tych więc publikacyj szanownych kolegów odsełam.

III. Oceny i sprawozdania.

Gerhardt: **Handbuch der Kinderkrankheiten.** Tybinga, 1881. Nowe wydanie poszytowe. Zeszyt 1szy, in 8vo, str. 352.

Przeglądając nasz tygodnik lekarski z ostatnich lat czterech nie napotkałem nigdzie wzmianki sprawozdawczéj o dziele wielkiéj wartości i wspólnéj pracy pierwszorzędnych pedyjatrów Niemiec, Austryi, Szwajcaryi, a nawet Rosyi i Ameryki. Dzieło to w pierwszém swém wydaniu pojawiło się w r. 1877 za przykładem podobnych wydawnictw Ziemssena, Pithy i Billrotha, zawiera ono prace starannie zestawione i pomimo tylu współpracowników nie traci na jednolitości, uzyskało też ogólne uznanie i wzięcie, dowodem czego nowe wydanie wobec jeszcze nieukończonego pierwszego.

Wydanie nowe pojawia się w formie zeszytowéj co 3 tygodnie w cenie tylko 5 marek, całe zaś dzieło obejmować będzie około 25 zeszytów. Obecnie doszedł nas zeszyt pierwszy, który obejmuje: historyję chorób dziecięcych pióra prof. Henniga z Lipska (od str. 1 do 74), anatomiję wieku dziecięcego (od str. 75 do 203) prof. Henckego z Tybingi, wreszcie część fizyjologii wieku dziecięcego (od str. 205 do 352) opracowaną przez prof. Vierordta z Tybingi. Gruntowność w opracowaniu swych tematów, bezstronność w zestawieniu różnych zapatrywań i teoryj, rozmaitość w ugrupowaniu pojęć starych obok nowych, a mimo to ujęcie pojedyńczych działów w zupełnie jednolite obrazy, wystarcza do zaliczenia niniejszych prac w szereg dzieł klasycznych.

Ponieważ dział trzeci pierwszego zeszytu, t. j. fizyjologija wieku dziecięcego, tylko do połowy jest doprowadzoną, wstrzymam się przeto na teraz z jéj oceną, a ograniczę się do rozdziału anatomicznego.

Rozdział ten zaznajamia nas z wzrostem kośćca i rozwojem trzew. Tłumacząc wzrost kośćca szczególnie kręgosłupa i kości długich hołduje autor tylko teoryi apozycyi Flourensa, odmawiając w zupełności prawa bytu teoryi ekspanzyi Wolfa. Opis rozrostu czaszki i zębów do najświetniejszych zaliczyć należy. Rozrost czaszki, według jego zapatrywania, polega na powiększaniu się miąższu mózgowego, który to rozrost tylko w razie wcześniejszego skonsolidowania szwów kostnych bywa wstrzymanym. Szczególnie dobrze określa autor przyczynę mniejszego rozrostu nasad kości ramieniowéj i goleniowéj na końcach odśrodkowych tłumacząc ją ciśnieniem, które na powyższe stawy wywierają większe grupy mięśni, które je w przebiegu swoim omijają. Czterdzieści rycin przyczynia się nie mało do łatwiejszego zrozumienia teoryj autora i innych. Część ostatnią, o naczyniach i wnętrznościach, ilustruje autor dwoma dobremi drzeworytami, z których pierwszy przedstawia krążenie u noworodka, drugi zaś, pionowe przecięcie miednicy nowonarodzonéj dziewczynki. *Kułakowski* [1]).

Winternitz: **Hydrotherapie** (w *Ziemssena Handbuch der allgemeinen Therapie*, tom II, część 3). Lipsk 1881.

Znane wykłady autora, ogłoszone między r. 1876—80 p. n. „*Die Hydrotherapie auf physiol. u. klin. Grundlage,*“ streszczone obecnie i uporządkowane w postaci dogodnego podręcznika stanowią część składową zbiorowéj pracy Ziemssenowskiéj. Wielki to i czy nie pierwszy zaszczyt dla hydroterapii, że ją przypuszczono do pocztu naukowych dzieł z zakresu umiejętnéj terapii. O godność tę walczyła ona od dawna, ale do walki używała broni niestósownéj, która nie mogła jéj zjednać sympatyi szkoły. Niemiecka sekta „lekarzy wodnych“ i „przyrodolekarzy“ najwięcéj w tym względzie zawiniła. Podczas gdy we Francyi hydroterapija już w piątém dziesięcioleciu na właściwe weszła tory, kierowana dzielną i sumienną dłonią Lubańskiego, Latoura i innych, w Niemczech oddana ustawą rządową w ręce nauczycieli (Oertel), golarzy i szewców, błaznowała długie lata cudami „naturalnego“ leczenia, pusząc się przez usta niepowołanych swych przedstawicieli jako metoda w zupełnéj sprzeczności z cała medycyną pozostająca, uniwersalna i jedynie uprawniona. Musiało być coś zaraźliwego w tym obłędzie, skoro trzeźwych hydroterapeutów niemieckich między r. 1830 a 1850 niemal na palcach policzyćby można,—a może i coś dziedzicznego, skoro i dziś jeszcze nie wszyscy się go pozbyli. Nic dziwnego, że szkoła lekarska zachowywała się długo nieprzyjaźnie, niechętnie lub biernie. Dopiero od czasu Deckena (1858), a mianowicie Branda (1861), otwarto podwoje klinik dla hydroterapii, wypróbowując ją skrzętnie i umiejętnie, choć jednostronnie, bo tylko jako środka przeciwgorączkowego w ostrych chorobach zakaźnych. Od tego czasu więcéj się zajmowała wodą fizyjologija niż klinika. Nieznajomość techniki hydryjatrycznéj, pospolitość samego środka, wielkie niedogodności połączone z jego zastósowaniem, to znów prąd skeptycyzmu w medycynie, a wreszcie nieznajomość stwierdzonych już faktów fizyjologicznych, na których hydroterapija oprzeć się powinna, były tego główną przyczyną. Dziś jeszcze wykonawstwo hydryjatryczne ogranicza się prawie wyłącznie do zakładów wodoleczniczych; do klinik i szpitalów nie znalazło ono jeszcze przystępu, wyjąwszy rzadkie przykłady, jak szpitalną klinikę hydroterapeutyczną w Bordeaux i podobneż próby w Lipsku i Wiedniu. A przecież dotkliwym jeszcze brakom hydroterapii, tak pod względem fizyjologicznym, technicznym jako i empirycznym, jedynie kierownicy szpitali i klinik rychło i gruntownie zaradzićby mogli.

Książka Winternitza przedstawia treściwie obecny stan hydroterapii, a têm samém określa dzisiejsze jéj stanowisko w medycynie.

W pierwszym dziale znajdujemy historyję hydroterapii, w drugim jéj podstawy fizyjologiczne, w trzecim metodykę czyli część techniczną, w czwartym nareszcie ogólne zasady co do leczniczego kombinowania poszczególnych zabiegów hydryjatrycznych.

Część historyczną opracował Dr. Plohn, prawdopodobnie, aby módz z nieskrępowaną swobodą uwydatnić stanowisko ruchliwego i zasłużonego autora pomiędzy naukowemi pracownikami w dziedzinie hydroterapii. Przedewszystkiém zasługuje na uwagę i uznanie z wielką starannością zestawiona chronologicznie literatura hydroterapeutyczna, począwszy od Hippokratesa aż do r. 1880. Wieki średnie najmniéj dokładnie opracowane. Prawda, że są to wieki upadku i ciemnoty, niebogaty więc plon z czasów tych historyk hydroterapii mógłby zebrać a i ta szczypta, którąby zebrać można, byłaby po większéj części pomięszana z kąkolem scholastycznym lub chwastem mistycyzmu; mimo to sądzę, że zestawienie zdań i poglądów o zastósowaniu wody dyjetetyczno-leczniczém w wiekach średnich rzuciłoby niejakie światło na ówczesne stosunki higijeniczne i zapatrywania lekarskie. Naszą literaturę lekarską autor niestety pominął zupełnie, a jednak nieocenione wskazówki o sposobach używania kąpieli itd. podaje np. Wojciech Oczko (Cieplice

[1]) Jestto ostatnia praca przedwcześnie zmarłego kolegi. *Red.*)

1578), o zastosowaniu wody tak wewnętrznie jako i w postaci kąpieli w stanach gorączkowych Maciéj z Miechowa (*Pro conservanda hominum sanitate* 1522), Jakób Ferdynand Bariensis (*De regimine a peste praeserv. tractatus. Crac* 1543), a z ościennych J. Placotomus w Królewcu (*De tuenda bona valetudine* 1551), rozprawiający o zimnych nacieraniach, o zlewaniu się zimną wodą po ciepłéj kąpieli, o różnych rodzajach kąpieli napotnych (*balnea ignea, aërea et aquea*) i w. i. Przypominam tu także głośny i zawzięty spór, wszczęty po nagłéj prawie śmierci Stefana Batorego, między lekarzami jego Buccellą i Simoniusem (1587 i 1588) o to, czy godziło się choremu królowi podawać wino czy wodę do picia, oraz o szkodliwości z jednéj strony a pożyteczności z drugiéj częstych kąpieli letnich i suchych nacierań całego ciała aż do wystąpienia potów. Niemniéj i wiek 17ty wypowiadał przekonanie swoje o zastósowaniu wody w różnych chorobach. Seb. Sleszkowski (1618) ustanawia wskazania co do picia wody zimnéj w gorączkach zapalnych, a pojmował on już wpływ podupadłéj utraty ciepła na powstawanie gorączek, skoro powiada, że jeżeli febra powstała z zatkania porów skórnych, należy trzeć ciało płótnem rozgrzaném itd. Na schyłku 17go wieku mieliśmy nawet wiernego protoplastę Prysznica, postać mityczną, któréj nazwisko nie przeszło nawet do potomności. Dr. O'Connor, lekarz Jana III, wspomina w pamiętnikach swych, że za jego czasów w lasach koło Warszawy jakiś wieśniak (*ein ungelehrter Kerl)* leczył grasującą wówczas kiłę za pomocą wody; obfite picie wody, częste kąpiele i działanie napotne (w ciasnych skrzyniach, do których puszczał parę z gorącéj wody), oto był jego aparat leczniczy. Connor dodaje, że chłop ten w chorobach wenerycznych „cudowne przeprowadzał kuracyje,“ a kazał sobie tylko 2 talary płacić.

(Ciąg dalszy nastąpi).

O ptomainach.

I. Historyja odkrycia skreślona przez prof. Franciszka Selmi'ego.

(Dokończenie. Patrz Nr. 50).

W lutym 1880 r. brałem udział w sprawie o domniemane otrucie strychninem, toczącéj się przed przysięgłymi w Weronie. Tam dowodziłem, że z wyników badania, uskutecznionego z wielką starannością przez dwóch znakomitych profesorów, nie mogę wnosić, jakoby rzeczywiście wykazanym został strychnin o cechach tak pewnych, aby można wykluczyć ptomainy. Uzasadnienie moje było tego rodzaju, że owi znakomici koledzy całkiem zgodzili się z mojém orzeczeniem, tak że obwinionych uwolniono. Przy téj sposobności wyłożyłem zdanie swoje, jak znawca powinien postąpić w obec tegoczesnego stanowiska nauki, aby nie popaść w błąd biorąc zasadę trupią za alkaloid roślinny, i podobne liczne powody, dla których sądzę, że śród pewnych chorób tworzą się już za życia zasady czy ptomainy podobne lub nawet równe trupim, zdanie, które zresztą wypowiedziałem był już pod koniec r. 1878 w liście, wystósowanym do prof. Robin'a, a umieszczonym w *Gazette médicale*.

W tymże roku d. 1 kwietnia czytałem w Akademii umiejętn. w Bolonii rzecz o dwóch połączeniach arsenowych, które utworzyły się były w żołądku żubra, do którego dałem kw. arsenawego a następnie przechowywałem w naczyniu zamkniętém bez przystępu powietrza.

Podałem, iż otrzymałem dwie zasady arszenikalne, jedne lotną a drugą stałą. Zasada lotna posiadała do pewnego stopnia woń trymetylaminy, wodochloran jéj krystalizował się dobrze i działał na żabę mocno trująco, wywołując te same objawy, co strychnin. Zasada stała była także trującą a pod względem fizyjologicznym działała szczególniéj na ośrodek nerwowy oddychania i serca.

W tymże samym roku czytałem w téjże Akademii (d. 18 listopada) uwagi nad niektóremi produktami znalezionemi przez siebie w moczu psa, otrutego powoli za pomocą kw. arsenawego. Podałem, że badając metodycznie mocz psa zbierany śród otrucia, spotykałem się w pierwszych dniach z połączeniem arszenikowém lotném, takiém samém, jakie otrzymałem był z żołądka żubra, tak pod względem cech chemicznych, jak działania trującego i tężcowego. Gdy nie przestałem podawać psu arszeniku, owo połączenie zniknęło, a jego miejsce zajęła nowa zasada lotna, mniéj trująca i nie arszenikowa; zadawając daléj zwierzęciu arszeniku w dawce postępującéj, napotkałem po owéj drugiéj zasadzie lotnéj trzecią, która nie była ani trującą ani arszenikową. W ostatnim okresie znalazłem takąż zasadę stałą. Zaniechawszy w końcu podawać arszenik, badałem, dokąd potrwa wydzielanie się metaloidu, i jeszcze w dniu 40tym znalazłem ślady w moczu; odtąd już ich więcéj nie było.

Na jakiś czas przed tém badaniem moczu arszenikowego czyniłem był badania nad moczem i trzewami ludzi otrutych fosforem i czytałem odnośne uwagi d. 1 kwietnia i 20 maja r. z. w Akademii um. Z pośród różnych produktów fosforowych, które wydobyłem z tych przedmiotów, a które mogły posłużyć do rozpoznania otrucia fosforowego, tak w przypadkach, w których metaloid wszystek jest utleniony, jakotéż w przypadkach, w których ofiara utrzymuje się przy życiu, znalazłem zasady lotne i stałe trujące i nietrujące, które były podobne do ptomainów, a które tém się różniły, że zawierały fosfor.

Wreszcie 27 wrześnie r. z. czytałem rozprawę na Zjeździe psychijatrów w Reggio-Emilia, podając badania czynione nad moczem człowieka cierpiącego porażenie postępujące; mocz ten zbierany był troskliwie w szpitalu tegoż miasta i badany pod drobnowidem przez doktorów Trebbi'ego i Rivę, którzy przekonali się, że mocz ten nie zawiera fermentów upostaciowanych. Znalazłem w nim dwie zasady lotne, z których jedna trująca i bardzo podobna do nikotynu, druga do koniinu. Chory nie używał tytoniu (nie palił i nie zażywał) a od trzech miesięcy podawano mu tylko chloral. Bezpośrednio potém badałem inne mocze chorobowe, a w nich znalazłem inne zasady, wszystkie lotne, a jednę z nich w wysokim stopniu trującą. Pracą tą jeszcze obecnie jestem zajęty.

Spostrzeżenie, uczynione niedawno przez Brouardela co do możebności, że istnieją ptomainy w ciele ludzkiém jeszcze przed śmiercią, jest zgodném i potwierdzającém to, co ja przypuszczałem nie bez podstawy w r. 1878, co twierdziłem w początkach r. 1880 i co wykazałem późniéj w tymże samym roku.“

Bolonia, w czerwcu 1881.

Obok tego szkicu historycznego znajdujemy list Armanda Gautiera, wystósowany w d. 30 czerwca rb. do redaktora czasopisma „*Journal d'hygiene*,“ w którym piszący oświadcza, że wcale nie myśli odmówić Selmie'mu zasługi i pierwszeństwa, jednak sprawdza, że on jednocześnie i niezależnie od chemika włoskiego zastanawiając się nad przeco-

brażaniem się istot białkowych spostrzegł także powstawanie alkaloidów trujących śród zgnilizny, że o tém spostrzeżeniu uczynił wzmiankę w dziele swojém *„Traité de Chimie physiologique“* wyszłém w r. 1873, i że zajęty czém innėm poruczył dalsze badanie alkaloidów gnilnych dwom swoim uczniom, którzy dali się wyprzedzić Selmi'emu.

II. Okólnik włoskiego ministra sprawiedliwości.

Wspomnieliśmy już dawniéj, że z powodu nauki o ptomainach minister sprawiedliwości w Rzymie zwołał był komisyję złożoną z fizyjologów, toksykologów i lekarzy sądowych, a na podstawie prac téj komisyi ogłoszony został okólnik ministra, który również podajemy w tłumaczeniu:

„Komisyja, ustanowiona dekretem królewskim z d. 11 kwietnia 1880 r. celem zbadania najważniejszych kwestyj, odnoszących się do wykazania otrucia i cech trucizn trupich, wskazała, zgodnie z mojém żądaniem, pewne ogólne prawidła, do których zastósować się winni tak sędziowie śledczy, jak i znawcy, aby nie uroniły się ważne szczegóły faktu, na których opierają się dowody winy.

Pospieszam obecnie z zestawieniem tych prawideł zwracając na nie uwagę prokuratorów królewskich i sędziów śledczych.

Komisyja uznała za odpowiednie przypomnieć przedewszystkiém, że jest rzeczą arcyważną, aby skoro tylko nasunie się podejrzenie otrucia, zbierano z największą gorliwością i troskliwością wszystkie najdrobniejsze szczegóły przypadku i objawy choroby, które śmierć poprzedziła. Dopóki wszystko świeżo jest w pamięci, dopóty usiłowania nie będą płonnemi, późniéj skutek jest wątpliwy z powodu zeznań niepewnych, co pozbawia sędziego podstawy bardzo ważnéj w ocenianiu sprawy.

Należy następnie polecać jaknajżywiéj zarządzanie takich środków, które zabezpieczają lepszy wybór znawców, którym się powierza pierwsze czynności, szukając w nich takich rękojmi pod względem zdolności do wypełniania szczegółowych zadań, jakich szukać nie można i nie znajduje się u wszystkich bez różnicy, którzy uzyskali godność doktora medycyny i chirurgii. Błąd lub zaniechanie w pierwszych dochodzeniach może pociągnąć za sobą niepowetowaną szkodę dla dowodu winy i stać się podstawą dla wniosków bardzo niesłusznych.

Po tych uwagach ogólnych podaję najważniejsze zarządzenia, które zdaniem komisyi stósować winni tak sędziowie śledczy jak i znawcy obducenci, nie pomijając naturalnie tego, co postęp w badaniach nad dochodzeniem ogólném otrucia, a zwłaszcza nad tworzeniem się trucizn trupich, może wskazać późniéj jako potrzebne i niepojmijając tego, co znawcom w przypadku szczegółowym niezbędném się okaże. (Dok. n.)

Prof. Laszkiewicz (w Charkowie): **O pilokarpinie w błonicy.**

Polecony gorąco przez Guttmanna, a goręcéj jeszcze przez praktyków wychwalony pilokarpin zaczyna zwolna okazywać swe słabe strony. Autor przytacza dziesięć historyj chorób dzieci zapadłych na błonicę z groźnym przebiegiem, w których zastósował pilokarpin w formie przez Guttmanna podanéj (t. j. *Pilocarp. muriat. gr.* β., *Pepsini germ. gr. X., Acidi mur. dil. gtts. ij, Aq. dest. unc. ij* β. *S.* Co godz. łyżeczkę). Pilokarpin podawanym był zawsze dość wcześnie, gdyż w pierwszych 3ch dniach choroby, gorączka bywała mierna, wiek chorych od 2—7 lat. Mimo to, wszystkie dziesięć przypadków zakończyły się śmiercią. Autor odmawia przeto pilokarpinowi własności „specyfiku“, twierdząc że właśnie w groźnych przypadkach ocenia się wartość leku, gdyż w lekkich każden sposób leczenia wystarcza. Zbija następnie zapatrywania Guttmanna, jakoby ślinotok, powstały przez działanie pilokarpinu, ułatwiał oddzielenie błon rzekomych i utrudniał szerzenie się sprawy chorobowéj przez wydalenie jadu chorobowego, twierdzi bowiem, że objawy miejscowe w krtani mogą być wcale nieznaczne, śmierć zaś następuje w skutek porażenia serca. Ponieważ zaś pilokarpin ma wpływ na serce, użycie więc onegoż w przypadkach ciężkiéj błonicy zdaje się autorowi nawet niezbyt bezpiecznėm. (*Deutsch. Arch. f. klin. Medic.* 30 B. 2 H.). *Dr. Murdzieński.*

Wiadomości pomniejsze.

(F. M.) **Hyoscyamin w chorobach umysłowych.** Serpilli i Riva streszczają doświadczenia w ten sposób: Hyoscyamin drażniąc ośrodki naczynioruchowe wpływa na napięcie tętnicze; po pewnym czasie działa wprost przeciwnie. Ciepłota podnosi się o kilka dziesiętnych, działalność ośrodków nerwowych zmniejsza się. Pacyjenci okazują zmniejszoną siłę woli, powolność myśli i mowy. Dawkę dzienną przy wstrzykiwaniach podskórnych podają autorowie na 0.005—0.01, w niektórych przypadkach obłędu przewłocznego i w stanach podrażnienia dawano 0.015, a nawet 0.03, radzą jednak rozpoczynać od 0.002—0.004. Dalsze uwagi streszczają w następujących punktach: 1) Jakkolwiek hyoscyamin uspokaja i sprawia sen, to jednak z powodu niemożności długiego używania ustępuje innym środkom nasennym. 2) Podany wśród zwiastunów napadu obłędu peryjodycznego, osłabia napad, a czasem od wybuchu chroni. 3) Uśmierza gwałtowność padaczki i zmniejsza częstość napadów. 4) Łatwość w zastosowaniu hyoscyaminu i pewny, chociaż chwilowy, skutek, jest korzystny w przypadkach, gdy chorzy wzdrygają się zażywać leki lub gdzie na chwilowém uspokojeniu chorego zależy.

(F. M.) Prof. Ziemssen **o naparstnicy**: Jako środek regulujący ruchy serca podaje 0.05—0.1 sproszkowanéj naparstnicy, działanie proszku bowiem uważa za najpewniejsze, na drugiém miejscu stawia napar z 0.50:150.00 wody; nastój naparstnicy działa bardzo niepewnie tak, iż należałoby go zupełnie porzucić. Działanie naparstnicy regulujące ruchy serca występuje w przewlekłych chorobach mięśnia sercowego już po użyciu 1.00—1.50, a więc po 8—10 dniach. Autor zaleca tedy zaprzestać używania na 8 dni, a po takim przestanku powtórzyć znowu okres 10-dniowy. Szczególniéj podnosi Z. wartość małych dawek a w opisanych okresach użytych. (*Wiener Medic. Blätt.* Nr. 46).

(A. K.) **Leczenie cukrzycy kodeinem** w wielkich dawkach (0,05—1,0 3 razy dziennie) zachwala Dr. Shingleton Smith, i stawia ten lek wyżéj od wszystkich do téj pory polecanych, nazywa kodein „prawie środkiem swoistym“ przeciw cukrzycy. Kodein podług autora posiada to pierwszeństwo nad morfinem i makowcem, gdyż nie sprawia odurzenia, nie wywołuje zatwardzenia, bólu głowy, nie zmniejsza łaknienia, a działa silniej i pewniéj. (*The Brit. med. Journ.* 17 września rb.)

IV. Wykład wstępny

Prof. Dra Henryka Kadyjego
przy objęciu katedry anatomii w Lwowskiéj szkole weterynaryi dnia 29 listopada 1881.

Panowie! Zawód weterynarski, któremu Panowie zamierzacie się poświęcić, jest zawodem ściśle naukowym.

Praktyka weterynarna, t. j. wszelkie orzeczenia i zarządzenia weterynarza praktykującego, opiera się na podstawie pewnéj, którą daje jedynie ściśle naukowe badanie i prawdziwie umiejętne pojmowanie swego zdania.

Wszystkie środki ku temu służące, jakkolwiek one mogą mieć pozór pracy mechanicznéj, wyrobniczéj i działań rzemieślniczych, jak wykonywanie sekcyj, operacyj, obchodzenie się z końmi i bydłem, władanie narzędziami furmańskiemi i kowalskiemi, zastósowane przez badacza umiejętnego, jakim winien być weterynarz tak jak lekarz, stają się środkami badania naukowego i jako takie żadnego człowieka wykształconego odrażać nie powinny. Lekarz nie waha się, gdy tego potrzeba, przyłożyć rękę do najwstrętniejszych części ciała ludzkiego i poświęcić swą uwagę oględzinom i badaniu nieraz wcale nie ponętnych wydzielin i wytworów, chorobowych; tak samo i weterynarz nie powinien żadnemi względami odrażać się od wykonywania rozmaitych czynności nie raz po prostu stajennych, skoro one mu otwierają drogę do dokładnego i wymogom nauki odpowiadającego zbadania zwierząt, poruczonych jego opiece. Co więcéj weterynarz wprawny w tych oto czynnościach staje nierównie wyżéj w oczach osób, które bądź są właścicielami zwierząt bądź téż ich bezpośredniemi dozorcami; ta zręczność jedna mu powagę u tych ludzi i sprawia, że jego polecenia z pełnem zaufaniem i ściśle bywają przestrzegane.

Jeżeli więc z jednéj strony jestem przekonany, że Panowie w interesie własnego powodzenia w praktyce zechcecie dołożyć wszelkich starań dla nabycia zręczności i wprawy nieodzownéj przy badaniu i obchodzeniu się ze zwierzętami domowemi i zrzucić ów wstyd fałszywy i odrazę do niejednéj takiéj czynności, to z drugiéj strony uważam za swój obowiązek wezwać Panów, abyście zawsze pamiętali o naukowéj i umiejętnéj stronie swego zawodu. Zawsze też, zwłaszcza wykładając przedmiot tak zwany teoretyczny, stać będę na straży téj naukowéj strony zawodu, będę usiłował dla praktyki weterynaryjnéj dać Panom tę niezbędną podstawę umiejętną, a przedewszystkiem nauczyć Panów naukowo badać, t. j. spostrzegać, rozróżniać i ze wszystkiego zdawać sobie sprawę.

Metoda badania umiejętnego we wszystkich naukach przyrodniczych jest jedną i tą samą. Kto w jednéj z tych nauk nauczył się spostrzegać i potrafi spożytkować swe spostrzeżenia, ten w każdéj innéj gałęzi z łatwością się rozpozna i w każdym czasie oswoi się z jéj właściwościami.

Dla Was Panowie, tak samo jak dla uczniów kształcących się na lekarzy chorób ludzkich, dwie są gałęzie nauk przyrodniczych, w których pracując możecie Panowie nabyć téj metody badania. Temi naukami są: C h e m i j a, a zwłaszcza analiza chemiczna, i A n a t o m i j a, która uprawiana w sposób praktyczny przywodzi Panom przed oczy mnóstwo okazów i przedstawia wszelkie narzędzia organizmu w rozmaitych stanach i postaciach, które Panowie sami oceniać i grupować musicie w swoim umyśle, aby o tem wszystkiem wyrobić sobie należyte wyobrażenie i pojęcie.

Przez autopsyję, czyli naoczne przekonanie się nietylko poznajemy przedmiot, o który nam chodzi, ale zarazem wprawiamy się w badanie jego, postępując niejako tą samą drogą, która badaczów przyrody doprowadziła do poznania tego, co w umiejętności jest wiadomem.

Z tych przeto powodów spodziewam się, że Panowie uznacie nietylko ważność anatomii jako obznajmiającéj nas z przedmiotami naszego zajęcia jako weterynarzy, t. j. ze zwierzętami domowemi i wszelkiemi własnościami ich ciała zewnętrznemi i wewnętrznemi, ale zarazem jako nauki, która już dla swéj metody najlepszą jest propedeutyką dla lekarza i weterynarza, jako badaczów przyrody.

Bądźcie Panowie przekonani, że tylko ci, którzy nabędą gruntownych wiadomości anatomicznych i należytéj wprawy w preparacyi anatomicznéj, będą zdolni odpowiedzieć należycie warunkom, jakich od wykształconych weterynarzy wymagać należy, tylko ci będą z pomyślnym skutkiem mogli się oddawać studyjom patologii i terapii, t. j. chorób i leczenia, a zatem tylko ci mogą być przypuszczeni na kursa wyższe, w których te przedmioty będą wykładane.

Spodziewam się więc, że dla przedmiotu, który mam zaszczyt reprezentować w naszym Zakładzie, znajdę u Panów zapał i wytrwałość i że ten duch pracy, który Panów sprowadził w te mury, także w ciągu całych studyjów Panów ożywiać będzie! Pilność i praca tem większą być musi ze strony Panów, ile że rozpoczynamy studyja wśród trudnych warunków: w spóźnionéj porze, pośród gołych prawie ścian, przy braku wszelkich środków naukowych.

Moim obowiązkiem będzie, ułatwić Panom studyjum w wszelki możliwy sposób i podać środki, jakiemi tylko będę mógł rozporządzać, ale nawzajem liczę na to, że Panowie ułatwicie mi tę pracę, popierając mnie w dążnościach moich i wspierając się nawzajem w nauce. Podział pracy będzie tu niezbędnym: przy ćwiczeniach anatomicznych każdy nietylko dla siebie będzie pracował, ale i z kolegami winien się dzielić wynikiem owéj pracy, aby tym sposobem zastąpić, brak rozmaitych okazów i preparatów anatomicznych, jakich Zakład w téj chwili nie posiada.

Panowie! Wiele, bardzo wiele pracy Was czeka; będziecie musieli usilnie i wytrwale pracować, jeżeli chcecie sprostać zadaniu, któregoście się podjęli.

Zawód weterynarza, a przedewszystkiem przygotowanie się do niego jest zmudnem i wymaga ścisłego a wielostronnego kształcenia się naukowego. Wszakże zakres téj nauki jest taki sam, jak medycyny ludzkiéj. Weterynarz winien także gruntownie znać anatomiję i fizyjologiję, patologiję i terapiję i wszelkie ich liczne gałęzie, oraz nauki pomocnicze. Weterynarz, tak jak każdy lekarz, musi ściśle badać, naukowo roztrząsać i rozpoznawać, aby wedle tego umiał postąpić, gdyż zawód jego wielką nań wkłada odpowiedzialność. Jeżeli w rękach lekarza spoczywa zdrowie i życie bliźnich, to weterynarz odpowiada za mienie i majątek spółobywateli, za dobrobyt kraju, a często także bezpieczeństwo zdrowia i życia ludzkiego od jego zarządzeń zależy.

Do tego trudnego zawodu macie Panowie wedle programu naszéj szkoły przygotować się w ciągu trzech lat. W tym czasie macie przyswoić sobie wszystkie odnośne nauki i wprawy, w tym zakresie mniéj więcéj jak ci, którzy się kształcą na lekarzy chorób ludzkich.

Prawda, że medycyna właściwa ma pod niejednym względem obszerniejszy zakres, ile że ludzie podlegają chorobom o wiele liczniejszym i rozmaitszym niż zwierzęta i skoro te wszystkie choroby u ludzi muszą być leczone, zwierzęta zaś domowe już dla tego, że człowiek pozwala im żyć tylko przez czas ograniczony i w danym razie jako niezdolne do dalszego użytku zgładza, nie mają niejako ani czasu ani sposobności nabywać i rozwijać w sobie wiele chorób ludziom poniekąd właściwych.

Za to znowu zakres weterynaryi o wiele się rozszerza, jeżeli zważymy, że podczas gdy medycyna zajmuje się je-

dnym tylko organizmem ludzkim, weterynarzowi wypada uwzględnić tyle rozmaitych zwierząt domowych, z których każde ma swoje właściwości anatomiczne i fizyjologiczne i choroby także sobie właściwe. Weterynarz to wszystko winien znać dokładnie, a więc w pewnym kierunku być wielostronniejszym od lekarza.

Tym sposobem można słusznie powiedzieć, że zakres nauk weterynarnych nie jest szczuplejszym od nauk lekarskich. A jednak kształcącym się na lekarzy w Uniwersytecie pozostawiony jest pięcioletni okres dla nauki, podczas gdy Panowie w ciągu trzech lat taki sam obszar musicie opanować. Tém więcéj zatém pracy, tém więcéj pilności i wytrwałości trzeba będzie ze strony Panów, abyście mogli godnie odpowiedzieć swemu zadaniu.

Niech mi wolno będzie w tém miejscu odwołać się do patryjotyzmu Panów, do uczucia miłości kraju i ojczyzny, któréj użytecznymi obywatelami być zamierzacie, którego dobrobyt pragniemy podnieść przez racyjonalny chów bydła, niech mi wolno będzie zakołatać do własnéj ambicyi Panów, abyście jako pierwsi uczniowie pierwszego w kraju zakładu mogli stanąć godnie obok wychowańców szkół zagranicznych, a następnie młodszym kolegom i przyszłym pokoleniom przyświecali gruntownêm wykształceniem i prawdziwą nauką. Stać się to może jedynie przez pracę, przez pracę rozumną i wytrwałą.

Wtedy Panowie zdobędziecie sobie należne stanowisko, przyniesiecie zaszczyt stanowi weterynarskiemu, podniesiecie go w oczach publiczności i staniecie w społeczeństwie jako pokrewni zawodem obok lekarzy chorób ludzkich, którzy Was będą cenić i poważać jako kolegów, słowem, zdobędziecie sobie w społeczeństwie stanowisko piękne pod względem intelektualnym, jak też korzystne pod względem materyjalnym.

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W Krakowie obniżyła się od 4—10 grudnia ogólna śmiertelność z 34,7 na 25,6 w obliczeniu na rok i 1000 mieszkańców. Z ospy umarło 2, (1 z t.); z płonicy 2 (1 z. t.); z błonicy 3 (2 z. t.); z duru brzusznego 4 (1 z. t.) a doniesiono w tymże czasie: o 2 przypadkach ospy, 2 błonicy, 6 krztuśca, 3 duru brzusznego, 1 duru osutkowego, 2 róży. W tygodniu 45 (do 12 listopada) ospa w Londynie utrzymywała się w jednakowém nasileniu. Leczyło się w szpitalach 488, świeżo zapadło 86, umarło 13. W Paryżu umarło 5, w Pradze 3, w Budapeszcie 12, w Saragossie 14, w Wiedniu 17. W Maladze do 2 października umarło 17. Z duru osutkowego umarło w Londynie 9, w Petersburgu 6. Odra panuje w Liverpolu i Chrystyjanii. Czerwonka złagodniała w Aleksandryi i Granadzie. W Mekce umarło 24 października 7 z cholery, 25 października 6. Od 25—30 września przybyło do Medyny 6,682 pielgrzymów, z których umarło z cholery 367. W Medynie zapadło 150 pielgrzymów a umarło 141. Od 29 września rozpoczęła się cholera pomiędzy wojskiem. Od 1 listopada rozszerzyła się bardziéj cholera w Mekce, 1 listopada umarło 48; od 2—5 listopada przypadało święto Courban-Bairam, kiedy było najwięcéj pielgrzymów i najwięcéj uczt. W Mekce było 5 listopada 60 chorych. Djeddah było wolne 6 listopada od cholery, 7 listopada oczekiwano przybycia pielgrzymów.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 46 (do 19 listopada) umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 32,5; w Poznaniu 29,8; w Wiedniu 22,9; w Budapeszcie 28,2; w Pradze 29,1; w Tryjeście 30,0; w Berlinie 21,7; w Wrocławiu 27,6; w Gdańsku 18,7; w Mnichowie 28,3; w Dreźnie 21,8; w Lipsku 17,1; w Bazylei 15,1; w Brukseli 22,9; w Amsterdamie 23,3; w Hadze 19,4; w Paryżu 25,8; w Londynie 19,5; w Kopenhadze 20,6; w Stokholmie 20,4; w Chrystyjanii 18,6; w Petersburgu 37,3; w Odesie 33,8; w Wenecyi 21,5; w Bukareszcie 26,8; w Madrycie 35,4; w Maladze 47,1; w Aleksandryi 36,5; w Nowym Yorku 29,8; w Filadelfii 20,7; w Bombaju 28,4; w Madrasie 36,2.

J. B.

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** 15 grudnia. Tydzień mija od chwili, w któréj metropola austryjacka pogrążoną została w głębokim smutku w skutek katastrofy, w obec któréj wszelkie przypadki nieszczęśliwe, na które milijonowa ludność miast wielkich jest narażaną, maleją i tracą znaczenie. Pożar w Ringtheater i setki nieszczęśliwych ofiar, które znalazły śmierć okropną i niespodzianą w miejscu, gdzie szukały rozrywki i wytchnienia, zajmują umysły mieszkańców obydwóch półkól; bodajby krwawa nauka była skuteczną przestrogą dla żyjących, aby każdy w miarę sił dokładał starań, aby katastrofa podobna nie ponowiła się znów gdzieindziéj.

Trupiarnia szpitala powszechnego we Wiedniu przez dni kilka przedstawiała przeraźliwy widok, jakiego nikt z żyjących lekarzy nie pamięta i bodajby nikt w przyszłości nie poznał. W godzinę po katastrofie zaczęto zwozić zwłoki uduszonych i spalonych; w krótkim czasie zapełniały się nie tylko wszystkie sale sekcyjne, ale i główne korytarze na dole i na piętrze długiemi szeregami trupów, po największéj części niedopoznania zmienionych; po całym obszernym zakładzie rozlegała się niezwykła woń spalenizny. Już śród nocy prosektorowie byli czynni bez przerwy, a nazajutrz rozpoczęła się na dobre czynność urzędowa. Niczém praca na pobojowisku w porównaniu ze smutnêm zajęciem lekarzy, starających się rozpoznać zwłoki i uporządkować nieforemne części ciała wśród rozdzierającéj serce rozpaczy krewnych i przyjaciół, szukających drogich sobie osób. Z listu z kompetentnéj strony otrzymanego pozwalamy sobie wyjąć następujące ustępy: „Nie możecie sobie wyobrazić, jak cierpimy pod wpływem téj okropnéj katastrofy. Przez 2 dni i 2 noce byliśmy bezustannie zajęci. Pracowaliśmy w 5 grupach, w których jako obducenci czynnymi byli: prof. Hofmann, asystent jego Dr. Zillner, Dr. Chiari, Dr. Zeman i Dr. Ferro. Czynność odbywała się według schematu, ułożonego na prędce przez prof. Hofmanna, schematu, mającego na celu przynajmniéj sprawdzanie tożsamości, naturalnie, o ile to w ogóle było możebném. Schemat ten zawierał następujące szczegóły: Nr. porządkowy,—płeć—wiek (w przybliżeniu),—długość ciała—odżywienie,—suknie i inne przedmioty,—głowa, a w szczególności: forma głowy i twarzy, włosy, broda, tęczówki, nos, zęby,—ręce (przyskórek, paznogcie), — znamiona szczególne (u kobiet oznaki ciąży).—Przy gorliwości obducentów i na podstawie tego schematu zdołano uskutecznić 250 oględzin w ciągu $1\frac{1}{2}$ dnia. W celu umożebnienia śledztwa sądowego uskuteczniono 3 obdukcyje sądowe (oczywiście bez wyboru). Prof. Hofmann badał naprędce krew z 3 trupów i w 2 przypadkach znalazł we krwi tlenek węgla."

Z góry nie mogło ulegać wątpliwości, że tylko mała część ofiar poniosła śmierć z oparzenia i spalenia, pomimo, że bardzo wiele ciał wydobyto zwęglonych. W pożarach takich najwięcéj ludzi ginie z uduszenia wywołanego przez przytłoczenie klatki piersiowéj, to téż na wielu trupach znaleziono żebra złamane i język obrzmiały sterczący po za szczęki, — albo z otrucia tlenkiem węgla, wywiązującego się śród ognia. Czytelnicy Przeglądu Lek. przypomną sobie z rozprawki naszéj, umieszczonéj w Nrze 24 i 25 z r. 1877, że pierwszym był prof. Hofmann, który zwrócił uwagę na możebność rozpoznania w zwłokach zwęglonych, czy człowiek jeszcze oddychał, gdy się dostał do ognia. lub nie, i to rozpoznania na podstawie obecności tlenku węgla we krwi; wiadomo także czytelnikom naszego pisma, że fakt ten odkrył na nowo prof. Brouardel w Paryżu, ale w 3 lata późniéj (Przegl. Lek. 1879, Nr. 2). Otóż i w katastrofie wiedeńskiéj bardzo wielu ludzi musiało zginąć z tlenku węgla, skoro we krwi z 3 trupów bez wyboru wyjętéj 2 razy znaleziono CO, a nadto na wielu innych występowały jasno-czerwone plamy trupie, jak to opisują lekarze, którzy spotykali się z pierwszymi trupami z teatru wyniesionymi. Niektórzy z lekarzy, którzy mieli sposobność widzenia zwłok w gmachu policyi,

w szpitalu powszechnym i wojskowym, wspominają także o „mózgach minijaturowych“ i o rozłupaniu kości skutkiem gorąca; są to wprawdzie rzeczy już znane, ale w tym przypadku smutnym dawniejsze spostrzeżenia poszczególne możnaby sprawdzić na wielką skalę, gdyby badanie odbyć się mogło w sposób zwykły.

Pomiędzy ofiarami znajdują się dwaj lekarze wiedeńscy, z których jeden, Dr. Eisenstein, był wychowańcem w klinice prof. Alberta.

Z rodaków naszych obok posła Pęgowskiego i jego żony zginęło kilku młodych ludzi. Według *Kuryjera warsz.* miał zginąć także Dr. Maurycy Szpilman, lekarz, krakowianin. Ani w spisie urzędowym, ani w korespondencyjach wiedeńskich nie spotykamy się nigdzie z jego nazwiskiem a jednak korespondent dziennika warszawskiego zapewnia, że zginął Dr. Szpilmann. My znamy tylko Dra Józefa Szpilmana, krakowianina, który obecnie jest sekundaryjuszem w szpitalu Rudolfa we Wiedniu, a dotąd ani w Wiedniu ani tu w Krakowie nie wymieniano nazwiska jego pomiędzy ofiarami nocy 8 grudnia.

* W ostatnim numerze *W. med. Presse* znajdujemy list ze Lwowa, w którym bezimienny korespondent rozpisuje się nad sprawą urządzenia Wydziału lek. we Lwowie. Obok uwag po części słusznych spotykamy się w tym liście z wycieczkami przeciw protomedykowi i Wydziałowi lek. w Krakowie. Zdaniem korespondenta nie ma braku lekarzy w Galicyi, lecz jest brak uzdolnionych profesorów medycyny, bo kraj nie produkuje ludzi zdolnych, a od zagranicy zamyka się murem chińskim, ze szkoły krakowskiéj zaś wychodzi „materyjał“ nieświetny. Nie zamierzamy wcale polemizować z korespondentem, który nie ma odwagi cywilnéj, aby zarzuty swoje, czynione krajowi całemu, podpisał nazwiskiem swojém, zapewne znaném zaszczytnie w literaturze; ale przypuszczając, że piszący nie kształcił się w kraju, skoro uznaje produkcyję krajową za tak mierną, chcemy go uspokoić co do stopnia wykształcenia wychowańców szkoły krakowskiéj. Znamy uczniów krakowskich i niekrakowskich, znamy także lekarzy w kraju praktykujących, którzy ukończyli nauki w Krakowie i gdzieindziéj, ale porównywając jednych z drugimi nie podnosiliśmy nigdy zarzutu przeciw krajowi lub szkole, ile razy spotykaliśmy się z miernotą lub nieuctwem, jeno woleliśmy brak wykształcenia lekarskiego kłaść na karb niemożności nabycia takowego w szkołach przepełnionych i w miastach większych, w których dla młodzieńca trudniejszą jest walka o byt a większa pokusa do—nieuczęszczania na wykłady znakomitych profesorów. Wyjątki zapewne zdarzają się wszędzie, ale niechaj nam uwierzy bezimienny korespondent lwowski, że w przecięciu większe nierównie znajdujemy wykształcenie fachowe u lekarzy, którzy wyszli ze szkoły krakowskiéj, aniżeli u tych, którzy byli zapisani w większéj szkole lekarskiéj.

— Prawie jednocześnie w Dorpacie i Kijowie wykonano dwie nieszczęśliwe operacyje: Dr. Koch wykonał owaryjotomiję na kobiecie, któréj ciąża, powikłana wodną puchliną w jamie brzusznéj, wziętą była za torbiele jajnika; w kilka godzin po operacyi chora ta umarła. Prof. Rinek w Kijowie, polegając na rozpoznaniu jednego z kolegów, rozpoczął owaryjotomiję, lecz natrafiwszy na ciężarną macicę, wykonał cięcie cesarskie. Matka i 6-miesięczny płód umarli. Pisząc dla lekarzy nie będziemy zapewne posądzeni, że podajemy tę wiadomość dla sensacyi; błędy jednych pouczają drugich. Słusznie powiada „*Wracz,*“ z którego tę wiadomość czerpiemy, że należy się wstrzymać od wszelkich sądów, zanim drogą sądową lub publicystyczną wymienieni operatorowie nie wytłumaczą publiczności lekarskiéj, na czém polegały te trudności dyjagnostyczne, które wywołały takie fatalne błędy.

* Przed trybunałem przysięgłych w Monastyrze (w Westfalii) odbędzie się temi dniami ciekawa rozprawa, mająca na celu rehabilitacyję człowieka niewinnie skazanego. W r. 1872 w tymże Sądzie stawał przed przysięgłymi dróżnik kolejowy, oskarżony o zadanie dziecięciu kw. siarkowego i na mocy orzeczenia lekarskiego skazany został na 10 lat ciężkiego więzienia. Niedawno temu — tak donoszą dzienniki polityczne — w skutek rozprawy, napisanéj przez słynnego lekarza sądowego austryjackiego, prof. Maschkę w Pradze, kolegijum lekarskie w Berlinie (zapewne Deputacyja umiejętna) uskuteczniła rewizyję sprawy i orzekło, że ówcześni znawcy działanie kw. mrówkowego wzięli za zmiany wywołane przez kw. siarkowy. W skutek tego orzeczenia skazaniec po 8-letniém przeszło uwięzieniu wypuszczony został natychmiast na wolność. Pokazało się bowiem, że zwłoki owego dziecięcia przed pochowaniem leżały w miejscu, obfitującém w gniazda mrówek, a w jamie ustnéj zwłok, wykopanych dla sekcyi, znaleziono jeszcze dużo mrówek, tak że zabarwienie czarne błony śluzowéj przewodu pokarmowego mogło pochodzić od kw. mrówkowego.

Pomimo, że fakt ten podany jako pewny przez dzienniki westfalskie, nabył pewnego rozgłosu, wahaliśmy się wspomnieć o nim na tém miejscu, ponieważ na opisie, podanym w pismach niefachowych, nie podobna polegać. Obecnie atoli nie możemy go już pominąć milczeniem, pomimo, że dotąd nie spotykamy się jeszcze ze wzmianką o nim w żadném czasopiśmie lekarskiém. Dowiadujemy się bowiem, że znany dziennik polityczny „*Post*“ w Berlinie wychodzący, z powodu tego przypadku wystąpił z ciężkim zarzutem przeciw Virchowowi, jakoby i on (zapewne jako członek Deputacyi umiejętnéj) nie poznał się na działaniu kw. mrówkowego, dodając uszczypliwie: „że jest szczególném nieszczęściem, iż p. Dr. Virchow przeważnie zajmuje się mierzeniem czaszek i budowlami palowemi, p. Dr. Bernstein zaś wszechświatem, lecz żaden z nich nie zna kw. mrówkowego.“ Otóż Virchow, zaczepiony w ten sposób niegodny, uznał za potrzebne wyjaśnić sprawę, o ile się jego tyczy, w sposób następujący: „W umiejętnéj Deputacyi dla spraw lekarskich, do któréj wszystkie protokóły sekcyjne przysyłają się dla cenzury, byłem w owym czasie korreferentem téj sprawy. W orzeczeniu na piśmie złożoném wyłuszczyłem bezzasadność orzeczenia sądowo lekarskiego, zwłaszcza wykazałem brak wszelkich cech śmierci z otrucia. Deputacyja zgodziła się na moje orzeczenie i przesłała je ministerstwu dla spraw duchownych, wychowania i lekarskich, jako jedynéj instytucyi, z którą Deputacyja znosi się urzędowo.“

Z przedstawienia tego wynika aż nadto jasno, że na Deputacyi umiejętnéj, a w szczególności na znakomitym jéj członku, nie ciąży najmniejsza wina; wszakże aż nadto wystarcza, jeżeli najwyższa w państwie instancyja sądowo-lekarska oświadcza się stanowczo przeciw śmierci z otrucia. Albo więc ministerstwo orzeczenia tego nie przesłało Sądowi w Monastyrze, albo Sąd ten wolał polegać na orzeczeniu obducentów, a może i instancyi drugiéj, jaką jest kolegijum lekarskie prowincyjonalne; w jednym i drugim razie za skazanie człowieka niewinnego nie odpowiada najwyższa instancyja lekarska. Jeżeli jednak przy znanéj sprężystości sędziów pruskich i kontroli nad czynnościami lekarzy sądowych, która w Prusiech jest znakomitą, podobny przypadek zdarzyć się może, — jakiéjże dopiero gdzieindziéj potrzeba oględności w ocenianiu orzeczeń, które stanowić mogą o życiu lub wolności bliźniego!

W sprawie téj dzienniki pruskie powołują się na rozprawę prof. Maschki, która miała dać pochop do rewizyi. Otóż nie znamy podobnéj rozprawy doświadczonego tego lekarza sądowego, ani też w zbiorze jego orzeczeń z podobnym przypadkiem się nie spotykamy. Ale domyślamy się, zkąd mogła powstać owa wiadomość niedokładna o rozprawie prof. Maschki. W tomie 1szym orzeczeń swoich, wydanym jeszcze w r. 1853, prof. Maschka przytacza przypadek, w którym człowiek obwiniony był o zgładzenie dziecka swego 5-miesięcznego, a to na téj podstawie, że przy sekcyi znaleziono na skórze piersiowéj oparzelinę 2 cale długą, a na błonie śluzowéj żołądka miejsce brunatne, zcieńczone, rozrywające się, wielkości pół cala. Pomimo, że na błonie śluzowéj języka i gardziela nie było zmian, a natomiast na koszulce i pierzynce były miejsca wypalone, obducenci oświadczyli się za śmiercią z kw. siarkowego. Badanie chemiczne wykazało też na brzegach otworów wypalonych w koszuli i pierzynce wolny kw. siarkowy, nie wykazało go zaś w żołądku. Obwiniony tłumaczył się, że dziecko schorzałe trzymał na ręce w pobliżu pieca, którego drzwiczki były otwarte, że w tém usnął i wkrótce przebudzony krzykiem dziecięcia spostrzegł palącą się pierzynkę skutkiem dostania się na nią kawałka rozpalonego węgla; wtedy z przestrachu porwał garnek z wodą na piecu stojący i oblał dziecko celem zgaszenia ognia; tego samego dnia dziecko umarło. Maschka orzekł, że śmierć była naturalną i że oparzenie mogło się do przyśpieszenia jéj przyczynić; wykluczył atoli stanowczo otrucie SO_3. Doświadczenia umyślnie czynione wykazały, że jeżeli węgiel rozżarzony dostaje się na tkaninę i za pomocą wody zostaje ugaszony, reakcyja zdolną

jest wykazać ślady SO_3 w blizkości zwęglenia. Przypadek o tyle więc tylko jest podobny do przypadku monastyrskiego, o ile w obydwóch rozchodziło się o mylne przypuszczenie śmierci z otrucia SO_3. Przypadek Maschki, ogłoszony już w r. 1853, obecnie przytoczony został przez Schuchardta w rozprawie o otruciach, umieszczonéj w 2gim tomie dzieła zbiorowego Maschki, który niedawno temu wyszedł w Tybindze, a ztąd zapewne poszło, że ktoś zwrócił uwagę odnośnego Sądu na możebność, że i w przypadku monastyrskim zaszła omyłka, ztąd zapewne uwolnienie człowieka niewinnie więzionego przez lat 8, ztąd wreszcie owo powołanie się na rozprawę Maschki. Pokazuje się jednak, że ogłaszanie ważniejszych przypadków sądowo-lekarskich ma wielką i trwałą doniosłość.

* **Lwów.** Szkoła weterynarska rozpoczęła swój żywot świetnie pod względem frekwencyi, bo dotąd zapisanych jest przeszło 90 uczniów, z których połowa zapisała się po złożeniu egzaminu dojrzałości. Natomiast w gmachu szkolnym jeszcze dużo pozostaje do czynienia i urządzenia; wykłady rozpoczęły się śród robót murarskich i ciesielskich, przy braku sprzętów, narzędzi i środków naukowych; prosektoryjum jeszcze nie jest ukończone, o rozpoczęciu więc prac w niém wcale mowy być nie może.

* **Mianowania i odznaczenia.** W miejsce Spiegelberga powołany został na katedrę położnictwa we Wrocławiu prof. Freund ze Strasburga. Powołany przyjął wezwanie i przenosi się do Wrocławia pod wiosnę, zabierając ze sobą dwóch swoich asystentów. — Zastępstwo zmarłego niedawno prof. Buscha w Bononii objął prof. Madelung.

* **Nekrologija.** W dobrach swoich na Podolu umarł znakomity chirurg rosyjski Mikołaj Pirogow. — W Paryżu umarł w 85 roku życia Dr. Briquet, członek akademii lekarskiéj.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 50: Adamkiewicza: O pe[illegible]; Kosińskiego: Wewnętrzne nacięcie cewki moczowéj [illegible]; — w *Medycynie* Nr. 50: Dobrzyckiego: Kilka słów w przedmiocie techniki inhalacyj stosowanych jako sposób bezpośredniego działania na miąższ płucny.

Redakcyja otrzymała:

Prof. Dr. KORCZYŃSKI: Kilka słów o działaniu fizyjologicznem i o zastosowaniu leczniczém nitrogliceryny (na podstawie doswiadczeń wykonanych wspólnie z kand. med. p. M. Janochą). (Osobne odbicie z Pamiętn. Lek. 1881) in 8vo str. 20.

Prof. H. COHN (we Wrocławiu): Über fünf Extractionen von Cysticercen aus dem Augapfel. (Osobne odbicie z „Bresl. ärztl. Zeitschr.“ 1881). in 8vo str. 24).

Dr. Leon KOPFF: Kilka słów o gazie karbolowéj. (Osobne odbicie z Przegl. Lek.) in 8vo str. 10.

Dr. Jan HLAVA i Dr. Józ. THOMAYER (w Pradze czeskiéj): Beiträge zur patholog. Anatomie d. Morbus Brightii. (Osobne odbicie z „Zeits. f. Heilk.“) Prag 1881. in 8vo str. 18.

Piśmiennictwo lekarskie. SCHULTZ A. Zur Städtereinigungsfrage. Eine Studie m. besond. Rücksicht auf Verhältnisse v. Berlin. gr. 8. Berlin. Polytechn. Buchh. M. 2. 50.

SÉE G. Des Dyspepsies gastro-intestinales. Clinique Physiologique. 8. Paris, Delahaye. Fr. 10.

SMET. Des rétrécissement du canal de l'utère. 8. Paris, Delahaye et L. Fr. 10.

SOMMERBRODT J. Die reflectorischen Beziehungen zwischen Lunge, Herz u. Gefässen. Lex.-8. Berlin, Hirschwald. M. 3.

VANOYE. De l'action de l'acide phénique sur les fébricitants. 8. Paris, Delahaye et L. Fr. 3½.

VERMEIL. Des lésions des organes génitaux chez les tuberculoses. 8. Paris, Delahaye et L. Fr. 3½.

VOISIN A. et Ch. BURLUREAUX. De la melancolie dans ses raports avec la paralysie générale. 4. Paris, Masson. Fr. 8.

Towarzystwo lek. krak. odbędzie w dniu 21 b. m. we Środę posiedzenie zwyczajne, na którém 1) odbędą się wybory urzędników Towarzystwa na rok przyszły a następnie 2) kol. prof. Browicz mieć będzie wykład poprzednio już zapowiedziany.

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak. odbędzie w Poniedziałek d. 19 b. m. o godzinie 5téj po południu w sali Akademii Umiejętności posiedzenie, na którém prof. Dr. Olszewski i p. Trochanowski przedstawią wypadki rozbioru chemicznego wody 141 studzien krakowskich, poczém prof. Dr. Olszewski okaże przyrząd do napełniania flaszek wodą mineralną żelezistą.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

KAPSUŁKI MATICO

Grimaulta Aptékarza w Paryżu.

Kapsulki te o osnówce skrobiowéj zawierają olejek eteryczny z Matico wraz z balsamem kopajowym stężonym za pomocą palonéj magnezyi.

Olejek Matico, oprócz swéj właściwéj działalności, posiada własność dokładnego oczyszczania balsamu kopajowego, przez co żołądek łatwo go znosi. **Kapsułki Matico** Grimaulta rozpuszczają się, dzięki ich osnówce, nie w żołądku, jak kapsułki klejkowe, ale przy wejściu do trzew, w skutek czego działają szybko i wprost na narzędzia rodne i moczowe.

Posiadają one dzielność niewyrównaną w leczeniu rzeżączki, zapalenia szyi (*Cystite du col)* i przewlekłych słabości pęcherza.

Dawka: 8—12 kapsułek przez dzień, zażytych dwie godziny przed lub po jedzeniu.

Składy: 8 Rue Vivienne w Paryżu; w aptéce Wiszniewskiego w Krakowie; we Lwowie w aptéce Piotra Mikolasza; w Warszawie u Spiessa i Synów, u Gallego i Mrozowskiego.

Ośmielamy się zwrócić niniejszém uwagę PP. Lekarzy na następujące specyjalności farmaceutyczne z nadmienieniem, iż na żądanie dostarczamy prób do doświadczeń z wszelką gotowością bezpłatnie.

Pain-Expeller z „Kotwicą"

wyborne wcieranie w **gośćcu, reumatyzmie, nerwicach itd. itd.** Ob Nr. 52, 1880 i Nra 17 i 37, 1881 *„Allg. Wiener Medizinische Zeitung"*

Sarsaparylian z „Kotwicą"

doświadczony **lek przeciwkiłowy**, omówiony szczegółowo przez b. sekundaryjusza I. kl. Dra med. Karola Maryi Anthoffera. Ob. Nra 8 i 9 1881 *„Allg. Wien. med. Ztg."*

Przy ordynowaniu prosimy uprzejmie mieć na względzie, iż istnieje wiele lichych naśladowań obydwu tych przetworów, i że jedynie znakiem „Kotwicy" opatrzony Pain-Expeller lub Sarsaparylian jest **prawdziwym.**

F. Ad. RICHTER i Sp., c. k. dostawcy nadworni.

Wiedeń, Rudolstadt, Norymberga, Roterdam.

Syrop podfosforanu wapna

Grimaulta i Spółki

Aptékarzy w Paryżu.

Najdoświadczeńsi lekarze i pisma lekarskie potwierdzają jednogłośnie znakomite skutki, jakie daje **Syrop**, w leczeniu słabości piersiowych, oskrzeli lub płuc, jak w katarach, suchotach, w duszności i w uporczywym kaszlu. Przez nieprzerwane użycie **Syropu podfosforanu wapna Grimaulta i Spółki**, kaszel uspokaja się, poty nocne znikają, trawienie u chorych polepsza się szybko, co potwierdza się wkrótce zwiększeniem wagi i polepszeniem wyglądu chorego.

Syrop ten zawiera w jednéj łyżce stołowéj 10 centigramów czystego podfosforanu wapna i zadaje się w ilości 1—2 łyżek rano i wieczór. Czystość podfosforanu wapna, będąc głównym warunkiem powodzenia, syrop przyrządzony przez Grimaulta i Spółkę jest zabarwiony słabo różowo, dla odróżnienia naśladowań.

Składy: 8 Rue Vivienne w Paryżu; w aptece Wiszniewskiego w Krakowie; we Lwowie w aptéce Mikolasza; w Warszawie u Spiessa i Synów, Gallego i u Mrozowskiego.

RYS TREŚCIWY

CHORÓB KOBIET

łącznie z zasadami operacyj położniczych w zastósowaniu do poronień oraz zboczeń i powikłań porodowych w następnych okresach ciąży.

Opracował podlug najlepszych źródeł

Dr. Leopold Weitzenblut

Akuszer miasta Warszawy.

Cena Rsr. 2.

FOSFORAN ŻELAZA

LERASA DOKTORA FILOZOFII.

Grimault i Spółka Aptékarze w Paryżu.

Lek ten w płynie bez smaku, podobnym do wody mineralnéj, zawiera właściwe składniki kości i krwi. Jestto najodpowiedniejszy z leków żelazo zawierających, to też wybór lekarzy całego świata przepisuje lek ten. Jest on pożądanym lekiem dla dziewcząt delikatnych, u których rozwinięcie jest opóźnione, dla kobiet, które cierpią nieznośne bóle żołądka, wywołane przez blednicę, niedokrewność (*anemie)*, miesiączkę lub przez białe upławy; dla dzieci bladego i delikatnego usposobienia, w ogóle dla wszystkich osób, u których ubytek krwi powodowany był słabościami. Dzielność, szybkość działania, dokładne wyleczenie, bez obstrukcyj i atakowania zębów, oto są powody, dla których Panowie Lekarze widzą się zmuszeni przepisywać ten środek leczniczy swym chorym.

Składy: 8 Rue Vivienne w Paryżu; w aptéce Wiszniewskiego w Krakowie; we Lwowie w aptéce Piotra Mikolasza; w Warszawie u Spiessa i Synów, Gallego i u Mrozowskiego.

KOWANÓWKO POD OBORNIKAMI

Zakład leczniczy dla nerwowo i umysłowo chorych

4 mile na północ Poznania, tuż przy stacyi kolejowéj Oborniki w zdrowém i pięknėm miejscu położony, przyjmuje każdego czasu chorych płci obojéj na kuracyję.

Zakład tutejszy poczyna 25ty rok swego istnienia. Z każdym rokiem odpowiednio postępom nauki i wymaganiom czasu polepszany, dostarcza chorym z jednéj strony wszelkich środków i sposobów leczniczych, z drugiéj strony nie tylko wygód i warunków dobrobytu pod każdym względem, ale i przyjemności najrozmaitszych, zwłaszcza sposobności do pożycia w rodzinach lekarzy.

Pensyja za miejsce 1széj klasy wynosi 300 marek, za miejsce 2giéj klasy 200 marek miesięcznie.

Szczegółowych prospektów dostarcza na żądanie

DYREKCYJA ZAKŁADU.

Dr. Żelazko. Tajny radca zdrowia.

Dr. Karczewski.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj pół tora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 72.

Administracyja: Ulica Podwale Nr. 84.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmują w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Boulv. Voltaire 180, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują. Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 24 grudnia 1881. **Nr 52.** **Rok XX.**

I. Z klinicznego ambulatoryjum

Dra Władysława Lessera,
docenta chirurgii w Lipsku.

W *Centralblatt für Chirurgie* z r. 1879 Nr. 31 zapowiedziałem obszerne sprawozdanie z czynności chirurgicznych w mojém ambulatoryjum. Liczba chorych, wtedy podana i wynosząca 1400 przypadków, do chwili obecnéj dochodzi do liczby przeszło 4,600 przypadków. Pomimo to wstrzymuję się od podania w niniejszém czasopiśmie szczegółowéj statystyki chorób i wykonanych operacyj, przekonawszy się z wyciągów podanych z innych zakładów klinicznych, że co do statystyki wszystkie sprawozdania są do siebie podobne, że statystyki po największéj części mają tylko wartość miejscową i że większe koła kolegów tylko wynikami szczegółowych wypadków i doświadczeniami zebranemi o pewnych kwestyjach chirurgicznych zainteresować się mogą. Dzieląc się zatém z kolegami doświadczeniem zebraném na szerszém polu czynności chirurgicznéj, cieszyłbym się, gdyby poruszone kwestyje wywołały samoistną krytykę kolegów pracujących w dziedzinie chirurgii praktycznéj.

I.

O leczeniu chirurgiczném gruczołów limfatycznych gruźlicą zakażonych.

Obrzmienia t. zw. chroniczne gruczołów najczęściéj napotykamy na szyi na około szczęki dolnéj. Uważano je jako wynik „dyjatezy“ skrofulicznéj, a nawet nazwa skrofulozy pochodzi od podobnych obrzmień gruczołów, które się u świń zdarzają. Ale nie tylko na szyi obrzmienia takowe napotykamy. Widziałem je kilka razy i w pachwinach a częściéj jeszcze gruczoł łokciowy wewnętrzny był zajętym. Pod pachą rzadko takie nabrzmienie powstaje, bez równoczesnego powiększenia gruczołów nadobojczykowych. Często bardzo zajęte są gruczoły na karku, mianowicie potylicowe. Badając takie gruczoły, łatwo się przekonać można, że zawierają gruzełki, które albo gołém okiem widzieć można, albo dopiero pod mikroskopem są widzialne. Oprócz tego znajdujemy większe i mniejsze ogniska zserowaciałe, a zaszczepienie choćby odrobinki z ich treści bądź do jamy brzusznéj królika, bądź do przedniéj komórki ocznéj, po niejakim czasie wywołuje zakażenie ogólne gruźlicze u królika. Zachodzi tylko pytanie, czy owe zmiany gruzlicze w gruczołach limfatycznych są oznaką ogólnego zakażenia organizmu lub téż pierwszym wynikiem, pierwszém siedliskiem jadu gruźliczego po dostaniu się jego do ustroju. Wiemy z codziennego doświadczenia, że nabrzmienia takie długo bardzo bez wszelkich zmian pozostawać mogą, że często bardzo powoli się powiększają. Czasem tylko bądź pod wpływem innéj choroby z gorączką połączonéj, bądź pod wpływem szkodliwości zewnętrznych, a czasem nawet bez wiadoméj przyczyny nagle następuje sprawa zapalna około gruczołów, a po przedziurawieniu skóry wydostaje się na zewnątrz treść owych ognisk zserowaciałych i pozostają fistuły, które po długiém bardzo trwaniu nareszcie się wygoić mogą, pozostawiając blizny mocno pod skórę wciągnięte i bardzo nieregularne. U innych chorych rozpad gruczołów nie następuje; zmniejszają one się trochę i twardnieją i w tym stanie całe życie pozostają. W tych ostatnich przypadkach chorzy zazwyczaj dobrze a nawet czerstwo wyglądają. Wtedy jednak, gdy powiększenie gruczołów prędko postępuje lub kiedy powstaje rozpad ognisk zserowaciałych, chorzy źle bardzo wyglądają i przedstawiają objawy bezkrwistości, charakterystycznéj również w zakażeniu gruźliczém kości i stawów. A takie przypadki kończą się nieraz zbyt prędko zakażeniem gruźliczém płuc lub opony mózgowéj, mianowicie u dzieci.

Jeżeli dotąd wcierania różnych maści, smarowania nalewką jodową skóry nad gruczołami pewną miały reputacyję, to było to wynikiem przebiegu choroby wyżéj wspomnianego, który pomyślnie się kończy stwardnieniem lub sekwestracyją ognisk zserowaciałych. Gdzie te ostatnie mięknieją, środki powyższe żadnéj nie mają wartości. A mianowicie, gdzie cały ustrój cierpi, tylko ogólne leczenie i bezpośrednie chirurgiczne działanie na gruczoły są wskazane.

Stósując się do poleceń wstrzykiwania rozczynu kwasu karbolowego w ogniska zapalne w kościach i w stawach

trzeba było wypróbować wpływ owych wstrzykiwań miąższowych na gruczoły, tém bardziéj że nam wiadomo, że w obrzmieniach t. zw. gruczołów limfatycznych wstrzykiwanie arszenika dobre wywołuje skutki. W bardzo licznych przypadkach wstrzykiwałem 5% roczczyn wodnego kwasu karbolowego do gruczołów gruźlicą zakażonych. Wstrzykiwania te odpowiednio wykonane wcale nie są szkodliwe, ale zbawiennego wcale nie wywierają skutku. W jednym tylko przypadku u urzędnika 25-letniego nastąpiło zmniejszenie znaczne bardzo obrzmiałych gruczołów po obydwóch stronach kręgosłupa szyjnego. Obrzmienia te trwały przez kilka lat. Widuję chorego bardzo często, ale od dwóch lat nowe powiększenie gruczołów nie nastąpiło. Wstrzykiwania przedwstępne roczczynu Fowlera zupełnie były bezowocne. W innych przypadkach po wstrzykiwaniach kwasu karbolowego następowało stwardnienie tkanki łącznéj na około gruczołów i nie zbyt wybitne stwardnienie gruczołów samych, ale nic więcéj. Wyniki te zupełnie odpowiadają ujemnym wynikom, jakich doznawałem przy wstrzykiwaniu kwasu karbolowego do kończyn kości i w błonę stawomaźną. Wstrzykiwanie głównie tyczyło się stawu stopowego i kolanowego. A chociaż obrzęk błony stawowéj, bóle i sztywność stawu na pewien przeciąg czasu zmniejszały się, to zupełne wyzdrowienie następowało dopiero po energiczniejszych chirurgicznych rękoczynach. Gdzie rozpad ognisk w gruczołach nastąpił na zewnątrz przez skórę, tam nie ma wątpliwości, że wyleczenie da się tylko przyspieszyć przez wyżłobienie ognisk łyżeczką ostrą i zastósowanie dalszych środków, o którym poniżéj mówić będziemy. Jeżeli jednak rozpad gruczołów nie jest widocznym, i tylko szybkie powiększanie się gruczołów budzi obawę chorych, wtedy pozostaje nam jedyny środek, a tym jest wyłuszczenie zupełne obrzmiałych gruczołów, do którego tém łatwiéj dawałem się skłonić, jeżeli ogólny stan zdrowia zaczynał się pogorszać. Zachęcały mnie do tego bardzo częste spostrzeżenia, że po wycięciu gruczołów, mianowicie u dzieci, bardzo prędko całe odżywianie się polepszyło, tak że nieraz, nie widziawszy operowanych przez kilka miesięcy, sam zdziwiony byłem zmianą cery i odżywiania chorych.

Wyłuszczenie gruczołów limfatycznych nabrzmiałych, mianowicie na szyi, należy do trudniejszych rękoczynów chirurgicznych i wymaga obok zręczności gruntownych wiadomości anatomicznych. Nieraz się wydarza potrzeba zbliżenia się bezpośredniego do wielkich naczyń, do tętnicy i żyły szyjnéj i do naczyń podobojczykowych. Tu z większą jeszcze oględnością operować trzeba, gdy konieczność wymaga wyłuszczenia gruczołów po za szczęką dolną w głębi leżących w kierunku ku kręgosłupowi. W pierwszéj połowie tego roku wykonałem więcéj niż piętnaście większych takich operacyj, pomijając bardzo częste wyłuszczenia pojedyńczych gruczołów; wszystkie operacyje zakończyły się pomyślnie. Przebieg aseptyczny po owych operacyjach i prędkie gojenie się ran sprowadził większy napływ nowych chorych, którzy chcieli w ten sam sposób pozbyć się obrzmiałych gruczołów. Owe dowody zaufania ze strony chorych nie bardzo były dla mnie zadowalające. Wykłady kliniczne dla słuchaczy nabierały przez to cechy nieco jednostajnéj. Ale co więcéj, pomimo prędkiego zagojenia się ran, po niejakim czasie niektóre rany znowu się otwierały a po wydzieleniu materyj zserowaciałych pokazywał się na podstawie rany guzik ziarniny w kształcie rydza wypukłéj, będący dowodem spraw rozpadowych gruźliczych w głębi. I pod tym względem pokazuje się wielkie podobieństwo co do następstw po wypiłowaniu stawów gruźlicą zakażonych. I tutaj często rana się rozłazi nabierając wejrzenia powyższego, pomimo że w statystyce przypadek może przedwcześnie zanotowano jako „zagojenie rany *prima intentione* w tyle i w tyle dni ze zupełném wyzdrowieniem“. Jedném słowem wyniki tak obszernych operacyj nie zawsze odpowiadają wymaganiom. Wszystkie gruczoły w ten sposób wyłuszczyć jest niepodobieństwem. A jeżeli już są zmiany w gruczołkach, które w ranie zostały, to nowe nabrzmienie powstaje i nowy rozpad. Operacyje takie wymagają, aby chorzy po takowych najmniéj przez tydzień w domu pozostawali, co zwłaszcza dla wyrobników i dorosłych jest rzeczą trudną do wykonania. A przedewszystkiém wydarzają się obrzmienia tak rozległe, i tyle gruczołów jest zajętych, że wyłuszczenia gruczołów na raz wykonać nie podobna. A przez to czas leczenia niezmiernie się przedłuża. Otóż zdarzył mi się przed pół rokiem taki przypadek u młodego, bo 19 letniego rzemieślnika, u którego prawie wszystkie gruczoły na całéj szyi po obu stronach szczęki i obok krtani były obrzmiałe do tego stopnia, że do wyłuszczenia trzebaby było wykonać najmniéj trzy osobne operacyje. A pozostałyby dwie wielkie blizny po bokach szyi i wielka blizna poprzeczna pod szczęką. W tym przypadku w ten sposób postąpiłem, że uchwyciwszy jeden z gruczołów palcami lewéj ręki, aby go utrzymać nieruchomym, prawą ręką cienki i śpiczasty nożyk wcisnąłem przez skórę w gruczoł. Przez ów otwór wprowadziłem małą łyżeczkę ostrą i gruczoł wyżłobiłem podskórnie. Po wyjęciu łyżeczki masy zserowaciałe łatwo było wycisnąć na zewnątrz. Przez jeden otwór na 5 mm. szeroki, można podskórnie kilka gruczołów wyżłobić, wciskając łyżeczkę jakby świderek w inne gruczoły, a z łatwością wpada wtedy łyżeczka do wnętrza gruczołów. Po wyjęciu łyżeczki wycisnąłem zserowaciałe resztki, założyłem dren i opatrunek Listera. Operacyję odbyłem według wszelkich zasad antyseptycznych z użyciem sprayu i radziłbym wszystkim, którzy wprawy jeszcze nie nabrali, aby się zasadniczo trzymali metody Listera w tych przypadkach. Cięć można na raz zrobić kilka, ażeby większą część obrzmiałych gruczołów wyżłobić. Ale bez metody Listerowskiéj łatwoby mogło nastąpić ostre zropienie tkanki łącznéj podskórnéj. Zranienia żył obawiać się nie trzeba, gdyż tam się cięcia robić nie będzie, gdzie żyła leży pod skórą a łyżeczka ostrożnie pod skórą prowadzona nie skaleczy naczyń ważniejszych. Przebieg po operacyi bardzo prosty. Chory po odpowiednim odpoczynku zaraz może się zabrać do pracy. Po tygodniu zwykle lub po dwóch tygodniach wyjmuję rurki drenowe. A od drugiego opatrunku, który zawsze na drugi dzień zmieniam po operacyi, zmiana opatrunków następuje tylko co tydzień. Po trzech tygodniach prawie wszystkie ranki są zagojone, pozostawiając małe, okrągłe, nieco wklęsłe i mało zaczerwienione blizny. Gruczoły dobrze wyczuć się dają jako stwardniałe, ale małe i ruchome podskórne guziki a szyja u wyżéj wspomnianego rzemieślnika prawie dzisiaj normalny kształt przybrała. Pomimo owych dobrych rezultatów trzeba było rozstrzygnąć jeszcze jedną ważną kwestyję. Przy podskórném wyżłobieniu gruczołów gruźlicą zakażonych pewna ilość choćby nawet bardzo mała istoty zserowaciałéj pozostaje w tkance łącznéj podskórnéj i mogłaby wywołać zakażenie ogólne. Bo już przytoczyłem, że nawet po wyłuszczeniu gruczołów niekiedy rana na nowo okazuje się wypełniona materyją gruźliczą, nawet wtedy jeżeli przy wyłuszczaniu gruczołów żaden z nich nie przepękł, tak że z pewnością żadne części zserowaciałe nie zanieczyściły tkanki łącznéj.

W jaki sposób tu zakażenie następuje, dalsze dopiero okażą spostrzeżenia. Ale i pierwszy nasz przypadek, tyczący się owego 19-letniego czeladnika, nie mógł posłużyć do rozwiązania owéj kwestyi. Bo przed wyżłobieniem gruczołów przez dłuższy przeciąg czasu robiono u chorego wstrzykiwania miąższowe rozczynu kwasu karbolowego. I możnaby było pomyśleć, że chociaż kwas karbolowy nie zniszczył i przyprowadził masy zserowaciałe do zaniku, to one jednak straciły własności zakaźne.

Przeciwko temu zapatrywaniu nadmienić muszę, że zaszczepienie materyj zserowaciałych tego chorego do jamy brzusznéj królika wywołało gruźlicę ogólną. Pomimo to podskórne zaszczepienie gruźlicy u chorego nie nastąpiło. Ale i w następnych bardzo licznych przypadkach, gdzie wyżłobienia dokonywałem na szyi, w pachwinie, w rowku łokciowym wewnętrznym i t. d. bez poprzedniego wstrzykiwania kwasu karbolowego, następstwa zakaźne nie wystąpiły, chociaż u niektórych chorych kilkakrotnie po téj saméj stronie szyi operacyję trzeba było powtórzyć. Wyniki podskórnego wyżłobiania gruczołów okazały się jeszcze świetniejsze od czasu, gdy zacząłem stósować jodoform w tych przypadkach. Z początku po wyjęciu drenu, zasypywałem czyli napełniałem rany owym proszkiem. Teraz wcześniéj już wyjmuję rurki drenowe, wkładając natomiast drążki z jodoformu i z Butyrum Cacao w równych częściach. Owych miękkich drążków Mosetiga z gelatyny nie używam, nie dowierzając czystości gelatyny.

Może nie od rzeczy będzie dodać kilka uwag ogólnych o jodoformie, który to środek tak wielkiego nabrał rozgłosu, że każdy chirurg powinien własny sobie wyrobić sąd o tym środku. Od pół roku i ja zająłem się doświadczaniem jodoformu w różnorodnych chorobach chirurgicznych, używając go po operacyjach większych i mniejszych. Nie mogłem się przekonać, aby zastósowanie ogólne jodoformu dawało wyniki tak nadzwyczajne, ażebym mógł podzielić zdanie tych, którzy utrzymują, że od użycia jodoformu najświetniejszy postęp datować trzeba w chirurgii od czasów Listera. Takie zapatrywania zbyt są wybujałe i nieodpowiednie rzeczywistości. W przypadkach czysto aseptycznych zastósowanie jodoformu dobre daje wyniki, nawet tam, gdzie nie można stósować opatrunku przeciwgnilnego. Ale gdzie rana nie była całkiem aseptyczną, bez wymycia jéj kwasem karbolowym proste zasypanie jodoformem nie zapewnia biegu nie pokłóconego komplikacyjami. Gdzie sprawy septyczne rozwinięte, jodoform żadnéj nie ma wartości, co jest bardzo zrozumiałą rzeczą, gdyż cała jego zaleta polega na bardzo przeciągłém wydzielaniu małych bardzo ilości materyi antyseptycznéj. Dla tego śmiało można większe ilości jodoformu wsypać do jamy brzusznéj, do stawów, do jam operacyjnych w kościach. W jednym n. p. przypadku, gdzie pod wpływem nieprzewidzianych okoliczności nastąpiła peritonitis septica po wycięciu macicy i jajników [1]), po drenowaniu i wymyciu jamy Douglasa nasypano jodoformu na spód miednicy, bez żadnéj szkody, ale też bez skutku. W zwyczajnych przypadkach aseptycznych bezpośrednie wysypanie ran jodoformem wywołuje takie same a może i ilościowo większe wydzielanie płynu z rany, czego zaletą nazywać nie można. Jeżeli zaś wtedy dopiero jodoform się stósuje do rany, gdy wydzielina się zmniejsza, wtedy gdy dren prawie się staje niepotrzebnym, spostrzegamy prędkie zmniejszenie się wydzieliny z rany w ogólności i przyspieszone zagojenie się rany. Dla tego wolę zawsze tak postępować, że jodoform dopiero po niejakim czasie do ran stosuję, a wtedy, mianowicie po wyżłobieniu kości, wyniki są bardzo świetne. Rany w kościach, które po dwóch lub trzech miesiącach się goiły, zagoić można w parę tygodni. W dowód przytaczam pięć przypadków wyżłobienia dolnéj części kości udowéj, trzy przypadki wyżłobienia nasady kości goleniowéj, wyżłobienie prawie całéj kości piętowéj w trzech przypadkach, i cztery przypadki wyżłobienia stawu stopowego, gdzie oprócz końców kości goleniowéj i strzałki, całą kość skokową i część piętowéj wyjąłem. Pomijam wyżłobienia małych kości u palców, które bardzo często się wydarzają w przypadkach *spinae ventosae*, gdzie owo energiczne postępowanie często jedynym jest środkiem, aby uniemożebnić skrócenie palca.

(Dokończenie nastąpi.)

[1]) Z osiemnastu laparotomij, które wykonałem razem z kolegą Leopoldem powyższy przypadek i jeden jeszcze, a zatém tylko dwa zakończyły się niepomyślnie. Były to dwa przypadki bardzo dużych mięsaków macicy i bardzo trudne do wyłuszczenia. Pomiędzy resztą przypadków, w których zawsze wyzdrowienie nastąpiło, są dwa wyzdrowienia po wycięciu macicy nadpochwowém, kilka owaryjotomij, kastracyja, wycięcie nerki lewéj z powodu torbiela nerki i wyłuszczenie torbiela skórzakowego. Kolega Leopold ogłosi wszystkie przypadki niezadługo w *Archiv für Gynäkologie.*

II. Oceny i sprawozdania.

Winternitz: **Hydrotherapie** (w *Ziemssena Handbuch der allgemeinen Therapie*, tom II, część 3). Lipsk 1881.

(Ciąg dalszy Patrz Nr. 51).

W obec niezmiernéj dokładności, z jaką autor podaje spis i najnędzniejszych elukubracyj hydroterapeutycznych z czasów Prysznica, można mu słuszny uczynić z tego zarzut, że nie uwzględnił wcale ówczesnéj literatury polskiéj, tém więcéj, iż byłby znalazł niejednę pracę zasługującą treścią swoją więcéj na przytoczenie, niżli niejedna ramota niemiecka. Przytoczę tu tylko następujące prace autorów polskich: Bulikowski: *De aquis medicat. natur. Crac. 1834*, Lebel: *Hydrosudopathia*, Pam. Tow. lek. warsz. 1839, Rechowicz: *De usu aq. frig. therap. 1838* i Dąbrowski: *De usu caloris medico 1840* (dwie te prace dysertacyjne napisano pod kierunkiem prof. Brodowicza w Krakowie, z należytém uwzględnieniem ówczesnéj literatury hydryjatrycznéj jak Curriego, Floyera, Mauthnera i i.), Aleksandrowicz: o kąpielach wiślanych, Warszawa 1842, Gołuchowski: sposób leczenia cholery zimną wodą, Warszawa 1849; pomijam dość liczne broszury polskie o Gräfenbergu i Prysznicu treści popularnéj. Z nowszéj literatury zasługują na uwzględnienie: Skobla: Rzecz o działaniu zimna i skutkach zimna w ustroju człowieczym. Przegl. Lek. 1863, Zieleniewskiego: Wiadomość histor. co do łaźni parowych. Przegl. Lek. 1864. Wolfa: O wpływie wody na wydzielanie żółci. Gaz. Lek. 1868 i w tymże samym przedmiocie wielce ważna dla hydroterapii praca Zawilskiego (Rozprawy Akad. Umiej. w Krak. 1877). Nie uwzględniono także prac Skórczewskiego, Gumplowicza, Rosenblatta, Kaczorowskiego i innych.

Część fizyjologiczna nasuwa nam pewne uwagi. Działanie każdéj ciepłoty, o ile się tylko różni od ciepłoty skóry, należy uważać jako podnietę nerwową. Pozorny wyjątek stanowią tu ciepłoty nadmiernie wysokie i nadmiernie niskie,

które niszcząc przewodnictwo w nerwach znoszą także ich pobudliwość na bodźce termiczne. Aby wytłumaczyć t. zw. uspokajający wpływ kąpieli z ciepłotą zbliżoną do ciepłoty skóry, Winternitz wypowiedział teoryję, że kąpiele takie nie wywierają bodźców termicznych na nerwy skórne, lecz że niezaprzeczony ich wpływ na obniżenie wygórowanéj pobudliwości i wrażliwości nerwów polega na têm, iż kąpiele takie usuwają zewnętrzne podniety fizyjologiczne, że więc działanie ich na układ nerwowy jest tylko ujemne. Teoryi téj trzyma się autor i w podręczniku w mowie będącym. Że tłumaczenie takie jest nieuzasadnione i wprost nienaukowe, starałem się wykazać na innêm miejscu (Medycyna Nr. 28 1881; O tak zwanych kąpielach „uspokajających“). Tu wspomnę tylko tyle, że kąpiele zwane przez autorów niemieckich termicznie obojętnemi nie istnieją wcale, ponieważ każda kąpiel ciepłotą swoją różnić się musi od ciepłoty już to całéj skóry już téż przynajmniéj pewnych jéj części, a na mocy téj właśnie różnicy stanowić musi zawsze podnietę nerwową. Têm więcéj dotyczy to kąpieli z ciepłotą zbliżoną do ciepłoty skóry. Że mimo to kąpiele takie w rezultacie „uspokajają“ układ nerwowy, zależy od tego, iż stanowią one słabe podniety termiczne, które w nerwach o zmniejszonéj pobudliwości (wywołanéj skutkiem nasiąknięcia i napęcznienia końcówek nerwowych w kąpieli—Heimann i Krebs) nie zdołają pobudzić stanu czynnego a prócz tego i od swoistego wpływu na ośrodki nerwowe (zwłaszcza w zakresie czynności psychicznych) podniet słabych a jednostajnych. Gdzie więc obniżenie pobudliwości nerwowéj (przez napęcznienie końcówek nerwowych) równoważy lub przeważa nad natężeniem podniety termicznéj kąpieli, tam jako rezultat otrzymamy objawy „uspokojenia“ układu nerwowego. W ten sposób pojęte działanie kąpieli zbliżonych swą ciepłotą do ciepłoty skóry pozwala je położyć w równym rzędzie i logicznym związku z kąpielami o każdéj innéj ciepłocie, gdy teoryja o „usuwaniu bodźców“ nie zgadza się z faktami i nadaje pewnym zabiegom hydryjatrycznym jakieś wyjątkowe i niezgodne z innemi stanowisko. Dlaczego np. przelotne zmycie pewnéj części skóry wodą 36°C. tak samo zaostrza czucie dotykowe jak i zmycie 8°C. (str. 92), gdy kąpiel 36°C. kilkominutowa tego nie czyni? Dlaczego ta sama ciepłota wody raz ma podniecać czynność nerwową, drugi raz ją obniżać? Nie może to zależeć od „usuwania bodźców,“ bo natenczas przy jednakiéj ciepłocie rezultat musiałby być ten sam, lecz różnica ta w skutkach zależy od zmniejszonéj pobudliwości końcówek nerwowych skutkiem napęcznienia w kąpieli, gdy przy „przelotnêm zmyciu“ nie ma warunków do zmniejszenia téjże pobudliwości. Prócz tego podnietę termiczną zmycia 36°C. potęgujemy mniéj lub więcéj silnêm tarciem mechanicznêm, czego w kąpieli dowolnie zaniechać możemy. Tam podnieta termiczna działa na nerwy o prawidłowéj pobudliwości, to zmniejszenie pobudliwości przeważa nad podnietą termiczną, tam więc ta sama ciepłota wody wywoła podniecenie stanu czynnego, gdy tu go obniży w nerwach czuciowych obwodowych, od stanu których zależy ogólne uczucie podniecenia lub uspokojenia. Sprzeczności takich wypływających z nieuzasadnionéj teoryi Winternitza możnaby w jego książce znaleść dużo a sprzeczności te znikłyby przy należytém uwzględnieniu faktów dostarczanych przez Heimanna i Krebsa.

Do najlepiéj opracowanych części książki zaliczyć należy ustęp o fizycznym wpływie różnych ciepłot, o oziębianiu i ogrzewaniu ustroju. Wytłumaczenie podnoszenia się ciepłoty w pewnych częściach ciała podczas ochładzania za pomocą kąpieli, jako następstwa zmienionego krążenia krwi; zależność utraty ciepła od ilości krwi krążącéj w skórze; odparcie twierdzenia, jakoby zwiększona utrata ciepła w kąpielach pociągała za sobą wzmożoną nadmiernie produkcyję ciepła; dowód, że (nieznacznie) wzmożona produkcyja ciepła w kąpieli nie zależy od utraty ciepła lecz od natężenia bodźca termicznego; odparcie zarzutu, jakoby hydryjatryczne zabiegi przeciwgorączkowe przez wzmożoną produkcyję ciepła przyspieszały przemianę materyi w ciele, a więc były niebezpieczne przez rychłe wyniszczanie chorych: ustępy te, wielce ważne tak pod względem teoretycznym jako i praktycznym, opracowane są *con amore* i utrwalają nieocenione zasługi autora dla hydroterapii.

Rozdział o metodycznêm piciu wody wymagałby niejednéj zmiany w myśl wypadków pracy śp. Zawilskiego (nieznanéj autorowi) a po części i Wolfa. Co do zmian w przemianie materyi pod wpływem picia wody praca Winternitza musiałaby być zupełnie przerobiona na podstawie najnowszych prac w tym kierunku Oppenheima (*Ueb. d. Einfluss der Wasserzufuhr etc. Pflüg. Archiv. 1880*) i J. Mayera (*Ueb. d. Einfluss der vermehrten Wasserzufuhr auf den Stoffwechsel. Zeitschr. f. klin. Med.* II, 1), które to prace autorowi nie mogły być jeszcze znane. Badania Oppenheima nad wpływem potów na przemianę materyi oraz Zaseckiego (*Petersb. med. Woch.* 1879, Nr. 60) na ilość hemoglobiny we krwi kazałyby również rozszerzyć lub sprostować niektóre odnośne zapatrywania autora. Nie można się także bezwzględnie zgodzić na zdanie, jakoby postrzegane zmniejszenie ciężaru ciała pod wpływem leczenia hydryjatrycznego dowodziło zawsze przyspieszenia przemiany materyi; że tak nie jest, dowiódł Beneke (*Pathol. des Stoffwechsels* 1874, str. 42 i 57).

Metodyce hydryjatrycznéj z wyłuszczeniem działania fizyjologicznego i wskazań każdego poszczególnego zabiegu hydryjatrycznego poświęcił autor 82 strony swego dzieła. Logiczne ugrupowanie t. zw. procedur hydryjatrycznych nasuwa wiele trudności. Przedewszystkiém zasadą być powinno, abyśmy różne zasady stósowania wody o tyle tylko i w tym tylko razie uważali jako osobne procedury hydryjatryczne, o ile przez wyłączną lub odrębną swą wartość fizyjologiczną mają znaczenie odrębnych zabiegów leczniczych. Na têm się opierając wypadałoby może liczne sposoby i sposobiki Prysznica i jego następców sprowadzić do pewnych większych działów, w których pomieściłyby się niekiedy na pozór różnorodne, a przecież fizyjologicznie pokrewne sobie, zabiegi hydryjatryczne. Przez takie uproszczenie zyskaćby tylko mogła praktyczna hydroterapija na przejrzystości i jasności. Autor nie oparł podziału procedur hydryjatrycznych na ich znaczeniu i pokrewieństwie fizyjologicznêm, lecz na podobieństwo ich form zewnętrznych i ustanowił trzy grupy, zaliczając do pierwszéj takie procedury, w których woda styka się z powierzchnią ciała bezpośrednio, do drugiéj zaś te, w których woda w cienkiéj warstwie styka się z ciałem za pośrednictwem płótna, a do trzeciéj nareszcie liczne zabiegi miejscowe. W ten sposób wilgotne zawijania ogólne znalazły się w drugiéj grupie, najbliżéj nich stojące okłady i opaski (jako miejscowe) musiały być umieszczone w trzeciéj, a dla otułek napotnych (koców) w żadnéj z trzech grup nie znalazło się miejsce i dopiero na oderwanym i osamotnionym szarym końcu spoczęły obok parni napotnéj,

z którą łączą je wprawdzie stosunki pokrewieństwa fizyjologicznego ale nie formalnego, na którém cały podział oparto. Z téj też przyczyny natarcia, kąpiele prześcieradłowe i wilgotne zawijania stanęły w jednym szeregu, bo się wspólném pieczętują prześcieradłem, aczkolwiek fizyjologiczne ich pokrewieństwo jest więcéj niż wątpliwe. Natryski zaliczono do procedur ogólnych, chociaż równie często używa ich się jako zabiegów miejscowych a niektóre z nich nawet, jak *douche filiforme Lauré'go* lub natrysk potylicowy Preissa, o którym autor zupełnie zapomniał, już z natury swéj są jedynie miejscowemi procedurami. Fałszywa podstawa, na któréj autor oparł swój podział, winna temu nienaturalnemu rozdzieleniu procedur między sobą pokrewnych a zestawieniu i łączeniu odrębnych i różnych.

(Dokończenie nastąpi).

O ptomainach.

II. Okólnik włoskiego ministra sprawiedliwości. skreślony przez prof. Franciszka Selmi'ego.

(Dokończenie. Patrz Nr. 51).

1) Oględziny i sekcyję zwłok należy robić w czasie jak najkrótszym po śmierci. Należy otwierać nie tylko jamę piersiową, brzuszną i mózg, ale także kręgosłup. Należy badać uważnie stan każdego trzewa, tkanin i krwi, posługując się drobnowidem, jeżeli tego potrzeba wymaga.

2) Celem przechowania trzew i innych przedmiotów, które mają być poddane badaniu chemicznemu, należy przygotować naczynia szklane, szczelnie zamykające się, nowe, to jest przed tém nieużywane a wypłókane wodą i wyskokiem.

3) Do trzew i innych przedmiotów przechowanych w tych naczyniach należy dodać zaraz taką ilość wyskoku, aby części stałe aż nadto pokryte zostały. Do przedmiotów płynnych wystarczy dodać półtora objętości wyskoku 95 do 98%, lub o $^1/_4$ część więcéj, jeżeli wyskok jest słabszy.

4) Używać należy wyskoku tylko chemicznie czystego, to jest poprzednio oczyszczonego ze wszystkich istót obcych.

5) W każdym przypadku należy jednę część (nie mniéj niż $^1/_2$ litra) wyskoku użytego przechowywać dla kontroli badania chemicznego, i to w osobném naczyniu szklaném, jak wyżéj.

6) W inném naczyniu przechowa się cały mózg i rdzeń pacierzowy.

7) W trzeciém oba płuca, serce, całą śledzionę, nerki, pęcherz moczowy (po wypuszczeniu moczu), i jak największą ilość krwi, którą uda się zebrać z jam sercowych i naczyń większych. W tém samém naczyniu można przechować i płyny rozlane w jamie piersiowéj.

8) Mocz przechowa się osobno w czwartém naczyniu.

9) Po należytém podwiązaniu otwierają się żołądek i jelita cienkie, przedmioty w nich zawarte wlewają się do piątego naczynia; w témże umieszczają się i żołądek i jelita, jednak dopiero po dokładném ich zbadaniu, czy nie okazują zmian anatomicznych; co zresztą odnosi się i do każdego innego trzewa i organu. W témże naczyniu pomieści się wszystko, co się zbierze z jamy brzusznéj.

10) Tak samo postąpi się z jelitem grubém i umieści je w naczyniu szóstém, w którém, w przypadku ekshumacyi, przechowa się także kał i płyny, któreby się znaleść mogły we wnętrzu trumny.

11) W naczyniu siódmém przechowa się całą wątrobę.

12) Część mięśni, oddzielonych z trupa w sposób taki, aby, o ile to możebném, nie obejmowały pokładu tłuszczowego skóry, przechowa się w ósmém naczyniu. Zaledwie potrzeba dodać, że jeżeli nie będzie pod ręką naczynie należycie wielkie, można użyć dwóch zamiast jednego. To samo tyczy się przechowania przedmiotów w ustępie 7 wspomnionych.

13) W przypadkach szczegółowych, w których istnieją ślady użycia pryszczydeł, wrzody, przetoki, rany, przez które trucizny dostać się mogą do organizmu, należy zabierać część tkanin odpowiedniéj miejscowości i przechowywać w osobném naczyniu.

Rodzaj domniemanych trucizn, szczegółowe zmiany znalezione w jamie ustnéj i gardzielu, wskażą potrzebę postępowania podobnego z tkaninami odnośnemi.

14) Zarówno należy w przypadku ekshumacyi przechować w inném naczyniu próbę ziemi, w któréj spoczywała trumna, jeżeli rodzaj domniemanéj trucizny przemawia za jéj zebraniem.

15) Wreszcie znawca prosektor dla ostrożności powinien robić liczne i głębokie nacięcia w trzewach miąższowych i mięśniach, zanim je umieści w naczyniach, a to w tym celu, aby wyskok z łatwością mógł wnikać do części najgłębszych.

Polecam władzom sądowym tę sprawę spodziewając się, że nie omieszkają stósować się do wskazówek i ostrożności powyżéj przytoczonych."

Rzym 20 lutego 1881. Minister Villa.

(We Włoszech odzywają się już głosy, że w obec tego rozporządzenia wypada przedewszystkiém podwyższyć biegłym wynagrodzenie za czynność tak skomplikowaną; ze swéj strony dodajemy, że jakkolwiek wskazówki powyższe są uzasadnione teoretycznie, stósowanie ich w praktyce jest możebném co najwięcéj w zakładach sądowolekarskich, niewykonalném zaś jest w miastach mniejszych i na wsi, bo znawca wybierający się na wieś na sekcyję musiałby wozić ze sobą kilkanaście słojów, wyskok itd. Obawiamy się, że rozporządzenie powyższe żąda za wiele i że dla tego pozostanie martwą literą. Pomimo to uważaliśmy za stósowne podać je do wiadomości czytelników, ponieważ wskazówki w niém zawarte kierują uwagę znawców lekarskich ku temu, co w dochodzeniu otrucia jest pożądaném i do wypełnienia czego dążyć powinni, o ile środki na to zezwalają. *Sprawozd.)*

L. Blumenstok.

A. Ott: O wpływie węglanu wapniowego na ustrój zwierzęcy.

Zapatrywania co do wpływu węglanu wapniowego i sodowego na ustrój zwierzęcy są bardzo mało znane. Pytanie, czy węglan wapniowy wpływa obojętnie, opóźniająco lub przyspieszająco na wsteczną przemianę materyi, jest ważném nie tylko ze względów teoretycznych, ale i praktycznych. O wiele jeszcze donioślejsze ma znaczenie kwestyja podobnego wpływu na ustrój węglanu sodowego. Węglan sodowy stanowi w wielu wodach mineralnych jednę z głównych części składowych i leczniczych. Dla tego też znajomość działania fizyjologicznego tego połączenia jest nader ważną. Niestety jednak dotąd mamy bardzo skąpe badania ścisłe w tym kierunku, na którychby można z całą stanowczością polegać. Zresztą zapatrywania są bardzo podzielone. Część autorów przypisuje tak węglanowi sodowemu, jak i wapniowemu własności przyspieszające wsteczną przemianę istot białkowatych, podczas gdy inni uważają je za ciała

w tym względzie obojętnie się zachowujące, a nawet opaźniające przemianę materyi.

Pytanie to sporne stara się rozstrzygnąć A. Ott. Liczne doświadczenia, które wykonał na zwierzętach mięsożernych, szczególniéj na psach, wykazały, że węglan sodowy, podawany po 2 grm. dziennie przez dłuższy czas, nie wywiera żadnego wpływu na przemianę pierwiastków w ustroju. Zupełnie tak samo zachowuje się i węglan wapniowy. Autor podawał psom po 5, a nawet po 10 grm. węglanu wapniowego na dzień, a przecież ilość wydzielanego azotu, drogą moczu i z kałem odchodzącego, odpowiadała prawie w zupełności ilości azotu w pokarmach wprowadzonego. (*Zeitschrift f. Biologie* Bd. XVII, Hft. 2). *Dr. Kopff.*

Mikulicz: **Gastroskopija i esofagoskopija.**

W jednym z poprzednich numerów Przeglądu podałem streszczenie artykułu M. z czasopisma *Centralblatt für Chirurgie*, w którym M. opisuje swój nowy esofagoskop i gastroskop, oraz sposób jego użycia. Obecnie umieścił M. obszerniejszy artykuł w *Wiener medic. Presse*, w którym podane są także wyniki badania nowém narzędziem tak u ludzi zdrowych jak i u chorych. Sądzę, że nie będzie bez interesu dla czytelników Przeglądu poznać te wyniki, które M. streszcza w następujących punktach. Co do połyku:

1. Błona śluzowa tego narządu jest w stanie prawidłowym blado czerwona, widać w niéj delikatne rozgałęzienia naczyń; powierzchnia jéj wilgotna i zupełnie gładka.

2. Wejście do połyku zamknięte, również w części szyjnéj ściany jego leżą na sobie, prawdopodobnie w skutek ucisku, jaki nań wywiera tchawica. Cała część piersiowa połyku jest zupełnie otwarta, tak że naraz można obejrzeć przestrzeń aż do wpustu żołądka. Stan ten znalazł M. u wszystkich badanych a powstaje on według mniemania M., przez ujemne parcie istniejące stale w całéj klatce piersiowéj, które wprawdzie zmniejsza się podczas wydechu, lecz nigdy nie znosi się zupełnie.

3. W połyku spostrzegł M. trojakie ruchy, mianowicie: tętniące udzielone od aorty i serca, oddechowe i robaczkowe.

4. Przejście z połyku do żołądka jest otwarte, przynajmniéj przy spokojnym stanie. Prawdopodobnie jednak przy kurczeniu się żołądka wpust zostaje zamknięty przez odpowiednio przebiegające pasma mięśni w jego ścianach.

5. Narzędzie tkwiące w połyku okazuje w pewnych położeniach ruchy tętniące, które objawiają się jako uderzenia boczne.

Tyle co do połyku. Wyniki badań żołądka u ludzi zdrowych są jak dotąd następujące:

1. Błona śluzowa jest tutaj znacznie czerwieńsza niż w połyku, przy mocném napełnieniu żołądka gładka, zwykle jednak mniéj lub więcéj pofałdowana.

2. Widać w niéj liczne naczynia z cechującemi rozgałęzieniami.

3. Kształt poszczególnych części żołądka da się ocenić za pomocą gastroskopu.

4. Podobnie jak w połyku widać i tutaj trojakie ruchy, t. j. tętniące, udzielone od serca i aorty zstępującéj, ruchy oddechowe i robaczkowe.

5. Pierwsze z tych ruchów udzielają się także gastroskopowi jako uderzenia boczne.

Z pomiędzy stanów chorobowych połyku rozpoznanych za pomocą swego narzędzia wspomina M.

1. Dwa przypadki raka tuż po nad wpustem. Wrzód rakowy można było dokładnie widzieć, zwłaszcza ostrą granicę jego od zdrowéj błony śluzowéj. U jednego z tych chorych połyk po nad nowotworem był mocno rozszerzony tak, że trzeba było wypompować znaczną ilość cieczy, nim nowotwór dał się dobrze obejrzeć.

2. Kawałek kości tkwiący poprzecznie po nad wpustem można było dokładnie obejrzeć i przez rurę esofagoskopu ująć haczykiem. Z powodu braku odpowiednich narzędzi udało się jednak w tym przypadku tylko sprowadzić ciało obce w położenie podłużne, poczém kość zsunęła się do żołądka. Chory wyleczony.

3. Obrzęk tętniący uciskający połyk, najprawdopodobniéj tętniak aorty zstępującéj. Rozpoznanie téj choroby przed esofagoskopiją było niemożebne, gdyż u tego chorego serce było zdrowe i w naczyniach nie można było wykryć żadnéj zmiany. Badanie esofagoskopem wykluczyło obecność owrzodziałego raka, a za tętniakiem przemawiały także silne ruchy tętnicze, udzielające się całemu narzędziu w kierunku pionowym.

4. Dwa przypadki bliznowatego zwężenia połyku.

5. Jeden przypadek zranienia błony śluzowéj przez ostry kawałek kości.

6. Przypadek wrzodu połyku tuż po nad wpustem, drugi w części szyjnej połyku.

Opierając się na tych, lubo jeszcze nie bardzo licznych, wynikach spodziewa się M., że narzędzie jego przyczynić się może bardzo wiele do rozpoznawania chorób połyku i żołądka. (*Wiener med. Presse* Nr. 48—50). *Dr. Schramm.*

Kirchner: **O działaniu chininu i kw. salicylowego na przyrząd słuchowy.**

Jak powszechnie wiadomo chinin jakoteż i kwas salicylowy sprawiają w znaczniejszych dawkach uczucie dzwonienia, w uszach, szumu w głowie, wreszcie przytępienie zmysłu słuchu. Przytępienie to utrzymuje się niekiedy dłuższy czas, a znane są nierzadkie przypadki, że upośledzenie słuchowe skutkiem dłuższego, nadmiernego używania chininu na zawsze pozostawało. Nad przyczyną tego zastanawiali się Weber-Liel (*D. Ztschrft f. prkt. Med.* 1875, Nr. 19), Roosa (*Monatschrift f. Ohrenhkunde* 1876, p. 45), Bride (*ibidem* 1880 p. 112) i przyszli do przekonania, że główną przyczyną jest przekrwienie narządu słuchowego. Bride znalazł w zatokach łukowatych całe wiązki nowowytworzonéj tkanki łącznéj.

Dr. W. Kirchner, docent otyjatryi w Würzburgu, wykonał w tamtejszym zakładzie farmakologicznym prof. Rossbacha szereg doświadczeń z połączeniami chininu i kwasu salicylowego na zwierzętach, celem ostatecznego rozstrzygnięcia pytania, jakie zmiany wywołują powyższe połączenia w narządzie słuchu.

Naprzód wlewał K. rozczyn salicylanu sodowego 1:30 za pomocą sondy do żołądka królikom. Na jednę dawkę używał 2 gramów powyższéj soli. Króliki zwykle po upływie tygodnia ginęły pośród objawów porażenia odnóg dolnych i bezdechu. Badanie pośmiertne wykazywało zwykle silne przekrwienie przewodu kostnego ucha, szczególniéj w pobliżu błony bębenkowéj. Jama bębenkowa wysłana była błoną śluzową żółtawą, niepołyskującą. Nader często znajdowano maleńkie wynaczynienia krwi. Podobne objawy przekrwienia znajdowano w ślimaku i błędniku. Płyn w przedsionku błędnika bywał czasem czerwonawo zabarwionym.

Chinin podawano podobnie w rozczynie 1:30. Króliki dawki takie chininu o wiele lepiej znosiły niż dwugramowe dawki salicylanu sodowego. Z tego powodu zabijano zwykle króliki po 8miu dniach. Badanie pośmiertne przewodu i narządu słuchowego wykazywało również objawy przekrwienia. Psy i koty po podaniu 1 do 2 gramów *Chinin. muriat.* ginęły zwykle w ciągu 5ciu do 8miu godzin pośród objawów podrażnienia, które potém ustępowało miejsca porażeniom, odurzeniu, śpiączce. Podobnie jak u królików tak też i u psów, kotów, myszy i świnek morskich K. znalazł po dłuższém podawaniu chininu lub *Natr. salicylic.* przy badaniu pośmiertném mniéj lub więcéj wybitne znamiona przekrwienia we wszystkich częściach narządu słuchowego.

Aby chinin lub kwas salicylowy wpływał szkodliwie na narząd słuchu przez tworzenie złogów, z użytych połączeń powyższych leków, w którejkolwiek części narządu słuchowego, zaprzecza K. na podstawie badań drobnowidowych.

W końcu zwraca autor uwagę lekarzy na objawy, jakie występują przy przytępieniu słuchu skutkiem dłuższego podawania chininu lub kwasu salicylowego. Błona bębenkowa jest wybitnie przyćmiona, biaława, jakby ścięgnowata, co odpowiada zgrubieniu błony śluzowéj pokrywającéj wewnętrzną stronę bębenka. Powodem zgrubienia jest przebyte zapalenie. Charakterystycznym jest brak wrażliwości na drganie widełek głosowych ustawionych na kościach głowy, jakotéż niewrażliwość na wyższe tony. Przemawia to za zmianami w zakończeniach nerwu słuchowego, podobnych jak w kile.

Na podstawie tych spostrzeżeń uważa K. za wskazane w razie upośledzenia słuchu skutkiem używania chininu lub kw. salicylowego, wszelkie zabiegi antiflogistyczne: a więc miejscowy upust krwi, szaruchę, przy stanach przewlekłych wcieranie tynktury jodowéj w okolicę ucha. Korzystne wyniki otrzymywano także w niektórych przypadkach przez użycie pary salmiakowéj lub soli kuchennéj, także przez wprowadzenie trąbką Eustachego 2% rozczynu salmiaku lub soli kuchennéj, także jodku potasu i azotanu srebrowego. W przypadkach szumu w uszach połączonego ze zmniejszoną wrażliwością nerwu słuchowego używał niekiedy K. z dobrym skutkiem prądu stałego. (*Berliner klin. Wochenschrift* 1881, Nr. 50).

Dr. Kopff.

Prof. Ranke (w Monachijum): **Otrucie arszenikowe i siarkan żelazowy zamiast odtrutki arsenowéj.**

Dwoje dzieci (dziewczynka 3 lata i chłopczyk blizko 2 lata mające) otruły się mięsem, które pomięszane z arszenikiem przeznaczone było dla szczurów; gdy nagle zachorowały śród wymiotów i kolek, lekarz zapisał 80,0 *antidoti arsenici,* aptekarz jednak wydał 80,0 *liq. ferri sulphurici oxydati,* z którego dzieci co godzina miały zażywać po łyżeczce. Po wyżyciu 3 łyżeczek chłopczyk umarł, podczas gdy dziewczynka nabawiła się tylko „zapalenia podniebienia i jamy ustnéj.“ W żołądku zmarłego wykrył chemik prof. Buchner 0 06 gr. AsO_3, nadto żelazo w większéj ilości. Lekarze sądowi orzekli, że jest możebném, iż dziecko umarło z otrucia arszenikowego, że jednak przez zadanie odtrutki najprawdopodobniéj mogłoby być ocalonem, a w każdym razie *liq. ferr. sulph. oxyd.* śmierć przyspieszył (w 7 godzin po zjedzeniu mięsa zatrutego). Komitet lekarski uniwersytetu monachijskiego zapytany o swe zdanie orzekł, że znaleziona w trzewach ilość AsO_3 sama przez się prawdopodobnie śmierć dziecka wywołała, że nie jest prawdopodobném, jakoby *liq. ferri sulph. oxyd.* śmierć wywołał, jakkolwiek musiał działać szkodliwie na zdrowie dziecięcia, wreszcie, że nie jest rzeczą pewną, jakoby dziecko było odzyskało zdrowie, gdyby zamiast owego płynu użytą została zwykła odtrutka.

Ponieważ w nowszych dziełach toksykologicznych działanie soli żelazowych mało co albo wcale nie jest uwzględnione, a wzmianki nieliczne odnoszą się przeważnie do siarkanu żelazawego, więc Ranke z powodu powyższego przypadku robił umyślnie doświadczenia na psach, celem przekonania się o działaniu siarkanu żelazowego a wynik swych spostrzeżeń streszcza w następujących wnioskach:

1) *Liq. ferri sulphur. oxydati* działa w wysokim stopniu ściągająco i żrąco, a u zwierząt, które nie wymiotują, nadżera żołądek i jelita w wielkim obszarze a nawet formalnie je garbuje wywołując zakrzepy w naczyniach.

2) Działanie żrące i garbujące płynu tego staje się nieszkodliwém skutkiem własności jego wzbudzania wymiotów, tak że zwierzęta, które z łatwością wymiotują, mogą połknąć bez szkody dawkę, która jest zabójczą dla takich zwierząt, które nie wymiotują.

3) Działanie szczmiące siarkanu żelazowego jest bez porównania silniejsze aniżeli siarkanu żelazawego. (*Friedreichs Blätter f. ger. Med.* 1881, Hft. IV, pag. 273—285).

L. Blumenstok.

Dr. E. Zillner (we Wiedniu): **Zwłoki człowieka odkryte w 4 miesiące po jego śmierci; otrucie sinkiem potasu.**

Laborant w zakładzie chemicznym l. 44 liczący, pijak nałogowy a z tego powodu wydaleniem ze służby zagrożony, zniknął bez śladu d. 21 października 1880 r. W pierwszéj połowie lutego rb. w pracowni zakładu rozlegać się poczęła woń trupia, w skutek czego zaczęto poszukiwać pod podłogą sali, gdzie też 12 lutego znaleziono zwłoki człowieka, które rozpoznano jako ciało owego laboranta. Leżał on w miejscu, mającém 1 metr kwadr. przestrzeni i 70 cm. wysokości, utworzoném przez zbiegające się pod kątem prostym kanały mieszczące w sobie rury gazowe i wodociągowe, w kabłąk zwinięty, przykryty wiekiem, całkiem ubrany, a obok niego stała szklanka.

Sekcyja wykonana 14 lutego wykazała: Skóra brudnociemno brunatna, w kilku miejscach pokryta warstwą mas białawych, pergaminowo zaschnięta, twarda; włosy niewypadłe, gałki oczne wiotkie, lice i szyja zapadłe, części płciowe wiotkie; mózgowie 985 gr. ważące, zamienione w papkę zielonawą, ciastowatą, tylko most Varola i rdzeń przedłużony utrzymały się względnie dobrze; w prawym worku opłucnowym koło 50 gr. tłuszczu z krwią zmięszanego, zbitości wazeliny; miąższ płucny suchy; serce zapadłe; w miednicy małéj koło 70 gr. tłuszczu stężałego i gaz wolny, ściany brzuszne cienkie, warstwa mięsna wązka, czarnawa, tłuszczowa zaś zawiera dużo gazu; wątroba waży 1030 gr., na rozkroju sucha, z połyskiem tłuszczowym, śledziona mała, rozpływająca się, nerki miękkie i wiotkie; w żołądku nieco treści brunatnéj i gaz, w dnie i krzywiźnie małéj ściany pomarszczone, do 4—5 mm. grube, suche, brunatne, dwunastnica ciemno-brunatna, fałdy jéj rozpulchnione; mięśnie tułowiu czarno-zielone, co do objętości zmniejszone; na podudziu lewém złamanie dawniejsze. Woni specyficznéj nie było, również nie znaleziono na ciele pasorzytów. Pod drobnowidem organa miąższowe okazywały znaczne zwyrodnienie tłuszczo-

we; w wątrobie komórek już nie znaleziono, w śledzionie nieliczne kryształki Charcotowskie, oraz kryształy prawdopodobnie z soli kuchennéj; w podścielisku włóknistém płuc dużo barwika czarnego, nie znikającego po dodaniu kwasu solnego; w komórkach tkanki chrząstkowatéj masy ziarniste; w miazdze mózgowéj włókna, mało barwika bladożółtego i kryształki tłuszczowe; mięśnie tłuszczowo rozpadłe, w mięśniach ciemno-zielonych dużo siarczku żelaza, rozpuszczającego się w kw. solnym. Części składowych krwi nie znaleziono, jednak sok wyciśnięty z mięśni oraz papka śledzionowa, wytrawiana wodą, dawały na widmie 2 pręgi pochłonne, odpowiadające pręgom hemoglobiny tlennéj; warstwy zbitsze badane za pomocą przyrządu widmowego wielkiego (mikrospektroskop do takich badań nie wystarcza) dawały nadto w polu czerwoném pręgę dokładną methemoglobiny; po dodaniu siarczku amonu obie pręgi zlewające się ustąpiły miejsca prędze hemoglobiny odtlenionéj. Nie ulega więc wątpliwości, że barwik krwi jeszcze był utrzymany. — W braku treści żołądkowéj Z. rozdrobnił część lewego płatu wątroby (40 gram.) i po zakwaszeniu poddał takową destylacyi za pomocą rozcieńczonego SO_3. Tak próba na błękit pruski jakoteż próba Liebiga powiodły się w zupełności.

Przypadek niniejszy sam przez się rzadki, zasługuje na uwagę z następujących powodów:

1) Ciało było mumifikowane (przy ciepłocie średniéj +8—10 C°). Najlepiéj utrzymaną była wątroba (czy z powodu stłuszczenia lub z powodu działania kw. pruskiego a względnie sinku potasu?) Na mumifikacyę ciała wpłynąć mogły: *a)* mieszczenie się trupa w przestworze ciasnym, w powietrzu suchém; *b)* pora zimowa, w któréj ciało nie było narażone na działanie pasorzytów; *c)* zmiany chorobowe skutkiem opilstwa; *d)* przeciwzapalne działanie sinku potasu.

2) W przypadku tym w 115 dni po śmierci zdołano jeszcze wykryć kw. pruski, podczas gdy zazwyczaj przypuszcza się, że kwas ten bardzo prędko się rozkłada. Że kwas pruski nie utworzył się dopiero skutkiem rozkładu, jest rzeczą pewną, albowiem wszelkie w tym kierunku robione doświadczenia miały wynik ujemny. Ztąd wynika, że nawet po dłuższym upływie czasu kusić się można o wykazanie tego kwasu. (*Viertelj. f. ger. Med.* XXXV Bd. 2 Hft. p. 193—200). *L. Blumenstok.*

Prof. E. Hofmann (we Wiedniu): **O zmianach na szyi u powieszonych.**

Autor już w dziele swém o medycynie sądowéj zwrócił uwagę, że u powieszonych zmiany w głębszych częściach szyi nie są wcale rzadkiemi (złamania górnych rogów chrząstek tarczykowych i dużych rogów kości gnykowéj, przedarcie m. mostko-sutkowego). Niedawno temu A. Lesser w Berlinie (w *Viertelj. f. ger. Med.* 1881, XXV, 2 H. p. 201—248) zestawił 50 przypadków śmierci z powieszenia, w których nie tylko złamania górnych rogów krtani i kości gnykowéj znachodziły się, ale nadto przedarcia mięśni (w 11 przyp.), złamania i nadłamania chrząstki tarczykowéj i pierścieniowéj (w 3 przyp.), a nawet złamanie kręgów szyjnych (w 1 przyp.).—Prof. Hofmann spostrzegał w ostatnim czasie 3 przypadki przedarcia mięśni, połączonego nadto w jednym przyp. ze złamaniem chrząstki pierścieniowéj. Przypadek pierwszy dotyczył samobójcy lat 50 liczącego, który się powiesił na kracie od okna za pomocą powrozu: w tkance komórkowéj podskórnéj szyi nie było wynaczynienia; część zewnętrzna m. mostko-sutkowego mniéj więcéj w środku przedarta bez śladu podbiegnięcia; na błonie śluzowéj przełyku odpowiednio tylnemu końcowi prawego rogu k. gnykowéj wynaczynionka wielkości soczewicy, k. gnykowa nienadwerężona, prawy górny róg chrząstki tarczykowéj skostniały, ukośnie przełamany, podbiegnięty krwią; w prawéj tętnicy szyjnéj na 1 cm. poniżéj rozdwojenia przedarcie błony wewnętrznéj twardzielowéj, pęknięcie poprzeczne, ledwie krwią podbiegłe.—W przypadku drugim (mężczyzny 50—60 letn. który się powiesił na drzewie w Praterze prawdopodobnie za pomocą powrozu) brózda szyjna nie była podbiegniętą, prawy m. tarczo-gnykowy wewnątrz swéj pochewki poprzecznie przedarty, kilka drobnych wynaczynionek w pochewce i pomiędzy nagłośnią a lewym m. tarczo-gnykowym; w błonie wewnętrznéj obydwóch tętnic szyjnych na palec poniżéj rozdwojenia pęknięcie linearne, poprzeczne, zaledwie podbiegnięte; obydwa górne rogi skostniałéj chrząstki tarczykowéj ukośnie przełamane i dość znacznie podbiegnięte, tak samo wielkie rogi kości gnykowéj. — Przypadek trzeci tyczył się 44 l. mężczyzny, który się powiesił na gałęzi za pomocą powrozu. Brózda na szyi dokładna, ale niepodbiegnięta; część zewn. m. mostkosutkowego jednego i drugiego w wysokości więzadła stożkowego śród pochewek poprzecznie przedarta; chrząstka pierścieniowata we dwóch miejscach złamana, brzegi złamania zatokowate, a część pomiędzy jeduém a drugiém złamaniem leżąca wgnieciona. Tętnice szyjne nieuszkodzone.

W obec tego wyniku, a zwłaszcza nierównie liczniejszych przypadków A. Lessera[1]) dziwić się należy, jak do niedawna utrzymywać się mogło mniemanie, jakoby u powieszonych zmiany w głębszych częściach szyi były tak rzadkiemi. Przyczyny szukać należy częścią w pobieżném śledzeniu przy sekcyi, częścią w okoliczności, że ponieważ uszkodzenia w mowie będące rzadko kiedy łączą się z podbiegnięciem znaczniejszém krwi, więc przy sekcyi albo się je pomija albo uznaje za sztucznie po śmierci wywołane lub powstałe. Brak wynaczynionek chciał A. Lesser tłumaczyć w ten sposób, iż ucisk trwa bez przerwy w jednakowém natężeniu aż do ustania obiegu krwi a z tego powodu krew nie występuje z naczyń, pomimo że takowe po największéj części ulegają pęknięciu. Hofmann nie zgadza się z tém tłumaczeniem, nie pojmuje bowiem, dlaczegoby naczynia drobne w skórze uciśniętéj musiały ulegać pęknięciu, gdy skóra ugniecioną zostaje nie na podstawie twardéj lecz wspartą ku częściom miękkim. Mylność zdania Lessera wykazuje najlepiéj okoliczność, że u samobójców, wcześniéj odcinanych i do życia przywróconych, nie spostrzega się siności wzdłuż bruzdy szyjnéj; H. badał niedawno takiego człowieka w sta-

---

[1]) Przypadki zestawione przez Lessera w Berlinie w liczbie 50 pochodzą z jednego półrocza (w styczniu 7, lutym 9, marcu 7, kwietniu 3, maju 10, czerwcu 14). We Wiedniu w przeciągu 2 miesięcy widzieliśmy wszystkiego 2 przyp. śmierci z powieszenia (w jednym róg prawy k. gnykowéj był złamany i podbiegnięty, w drugim oba rogi były złamane a błona wewnętrzna w obydwóch tętn. szyjnych poprzecznie przedarta). Przy jednakiéj prawie ludności różnica ta między częstością przypadków w Berlinie a rzadkością we Wiedniu jest uderzającą; może ona pochodzi ztąd, że we Wiedniu odbywają się tylko sekcyje samobójców nieznajomych z nazwiska i pochodzenia, a w Berlinie może wszystkich bez wyjątku. *Sprawozd*).

nie śpiączki do szpitala przywiezionego i nie znalazł żadnego śladu sińca, nie wykazała go też i sekcyja, gdy człowiek ten umarł nie odzyskawszy przytomności. Wszystkie spostrzeżenia przemawiają za tém, że tak u samobójców zdjętych jeszcze za życia, jak i po śmierci, podbiegnięcia krwi należą do wyjątków i dlatego H. oświadcza się przeciw tłumaczeniu A. Lessera i za zdaniem Maschki, że zazwyczaj w skórze i pod skórą brózdy naczynia ulegają tylko ugieceniu a nie pęknięciu. (Dok. n.)

Wiadomości pomniejsze.

(A. K.) **Będźwinian wapniowy w białkomoczu** brzemiennych, i w chorobie Brighta poleca Dr. Shinn. Dziesięć gran téj soli, rozpuszczonych w łyżce osłodzonéj cieczy, podaje Shinn co 2—3 godziny. (*Philad. med. Times*, 1881. str. 747).

(A. K.) **Przechodzenie bromku potasu do pokarmu macierzyńskiego** spostrzegał Dr. Löwy: Kobieta cierpiąca na padaczkę zażywała podczas ciąży i po porodzie 2,0 bromku potasu dziennie; dziecko przyszło na świat zupełnie zdrowe, lecz wkrótce spostrzeżono, że prócz dwukrotnego przebudzenia się dla pokarmienia się dziecko to spało całą dobę; wychudnienie było szybkie i w 19tym dniu życia dziecko to uległo zupełnemu uwiądowi; przypadkiem spostrzeżono, że krochmalone pieluchy zabarwiały się od moczu kolorem sepii, któreto zabarwienie jest cechującém dla bromku skrobi. Dziecko pokryło się pryszczami charakteryzującemi przesycenie ustroju bromem. Oddano dziecko innéj kobiecie do karmienia, trzeciego dnia po téj odmianie znikł odczyn bromu z moczu, i niemowlę powolnie powróciło do zdrowia. (*Paris medic.* 1881).

(L. K.) **Reakcyja nowa na atropin.** Dr. Vitali podaje nową reakcyję na atropin, który dotąd, jak wiadomo, poznawano głównie po skutkach fizyjologicznych, z zastrzeżeniem, że jest ona o tyle charakterystyczną dla atropinu, o ile jéj nie dają żadne inne ważniejsze alkaloidy. Próbkę soli lub alkaloidu badanego na atropin polewa się dymiącym kwasem azotowym, odparowuje się do suchości na łaźni wodnéj i dodaje się po oziębieniu kroplę ługu sodowego w rozczynie bezwodnego wyskoku. Jeżeli obecnym jest atropin, to wystąpi natychmiast zabarwienie fijołkowe, przechodzące zaraz w pięknie czerwone. Naturalnie jest tutaj tylko ubarwienie fijołkowe charakterystyczném, bo strychnin daje podobną reakcyję, lecz od razu barwy czerwonéj. Według autora można za pomocą tego oddziaływania wykazać jeszcze 0.000001 grm. siarkanu atropinowego. (*Fresenius Ztschrft f. anal. Chem.* XX. H. 4).

(L. K.) **Badania co do kształtu kryształków heminy.** Jak wiadomo kryształki hemoglobiny przedstawiają rozliczne kształty stosownie do krwi różnych zwierząt. Wielką także różnicę przedstawia tutaj kąt bryłowatości. I tak np. w kryształkach rombicznych hemoglobiny z krwi ludzkiéj kąt ten, według Langa, wynosi 54,6°, z krwi psa, według Funkego, 60°. Z tego powodu wypowiadano niejednokrotnie mniemanie, że może i tak ważne w dochodzeniach sądowych kryształki heminy dadzą się na téj drodze rozróżnić i oznaczyć, z jakiego gatunku zwierzęcéj krwi pochodzą. Badania w tym kierunku przedsięwziął Högyes. Badał on krew ludzką, bydlęcą, świńską, owczą, psią, kocią, królików, świnek morskich, myszy, tchórza, kur, gołębi, gęsi, kaczek, żab (*rana esculenta* i *temporaria*). Z każdéj krwi robił przynajmniéj po 25 preparatów. Najściślejsze obrachowania kątów, mierzenie krawędzi, badanie w polaryzowaném świetle wydały wyniki ujemne: kryształki heminy z jakiegokolwiek zwierzęcia z gatunków powyższych nie przedstawiały żadnych właściwych cech charakterystycznych dla siebie. A zatém kryształki Teichmanowskie nie mogą rozstrzygnąć o tém, z jakiego zwierzęcia pochodzi krew badana. (*Chem. Centralbl.* II, 367).

III. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak.

Posiedzenie IV z d. 12 maja 1881.

Przewodniczący Dr. Ściborowski. Członków obecnych 7.

1) Protokół prsiedzenia III z d. 5 maja odczytano i przyjęto.

2) Dr. Lutostański w dłuższym wykładzie podał pogląd na hydrografiję okolic Krakowa, zwłaszcza zastanawiał się nad zdrojami wytryskującemi w okolicach Czatkowic, Regulic i Sanki, zkąd możnaby sprowadzić wodę do wodociągów w Krakowie; wykład swój objaśniał mapami oznaczającemi położenie zdrojów i ich skład chemiczny.

Po wykładzie wywiązała się dyskusyja, w któréj większa część obecnych brała udział.

Na tém posiedzenie zakończono.

IV. Ze Zjazdu Salcburskiego Przyrodników i Lekarzy odbytego w r. 1881.

(Dokończenie. Patrz Nr. 50).

Prof. Henoch mniema, że najgłówniejszém zadaniem leczniczych mleczarń byłoby dostarczanie taniego i dobrego mleka biednym wyrobnikom i ich rodzinom, należałoby to do gmin pojedyńczych. W Berlinie pewien aptekarz wyrabia mleko peptonizowane, które jest i tłuste i smaczne, lecz ono tylko przystępne jest zamożnym, bo jest drogie.

Dr. Veit z Bremy wie z doświadczenia, że oślice dają 1½ do 2ch litrów mleka dziennie, sądzi przeto, że możnaby próbować jego zastósowania.

Dr. Biedert przemawia za utrzymaniem mleczarń leczniczych, atoli powinny być bardzo skromnie urządzone, nie, jak niektórzy sobie życzą, z wielkim zbytkiem. Wszakżeż głównie o to chodzi, aby dostarczano dobrego i taniego mleka, co innego zaś czy mleczarnie utrzymają się stale, obecnie są one w modzie, ale moda zmieniać się lubi.

Dr. Soltman uważa mleczarnię leczniczą we Frankfurcie nad Menem za wzorową. Gospodarze wiejscy wprowadzają paszę suchą dość często i chętnie; mleczarnia ta istnieje już od lat 6ciu a jednak dotychczas żadna z krów nie padła na gruźlicę zwierzęcą (*Perlsucht*).

Dr. Flesch z Frankfurtu nad Menem oświadcza, że w ostatnich czasach dwie oględziny z przerzeczonéj choroby odbyły się w téj mleczarni, nadto uważa za swój obowiązek donieść, że dzieci mleka z téj mleczarni nie znoszą; wprawdzie litr mleka sprzedaje się po 20 fenigów, ale mleko ze wsi pochodzące a 25 fenigów kosztujące o wiele jest lepsze nadto mleko z mleczarni leczniczéj pochodzące sprawia często rozwolnienie u dzieci.

Dr. Pauli wspomina, że w miejscowości, gdzie on mieszka, nastąpiło nie dawno współzawodnictwo, dawniéj dostarczał pewien gospodarz ze wsi mleko litr po 50 fenigów, a teraz można je dostać po 30 fenigów; w Hali istnieje od paru lat lecznicza mleczarnia pod kontrolą weterynarza, w któréj karmią bydlę suchą paszą, jemu się zdaje że nie pasza, lecz niestosownie urządzone stajnie, w których bydło przebywa, są powodem choroby bydląt.

Dr. Hape donosi, że mleczarnie w Hamburgu w kwitnącym znajdują się stanie, a skutkiem konkurencyi można teraz dostać litr mleka za 40 fenigów, kiedy dawniéj trzeba było płacić 50 fenigów za litr. Tluste krowy powinny być wydalone z obór, zwłaszcza jeżli zaczyna krowa mniéj dawać mleka niż dawniéj, zresztą gospodarze miejscy chętnie kupują i dobrze płacą za spasłe bydło. Z obory należy usunąć nagromadzony gnój, lub posypać go gipsem dla odwonienia go; bydło w lecie bardzo cierpi przez upał i złą wodę, przez co mleko łatwiéj się ścina i jest gorsze. H. podaje dzieciom w pierwszych miesiącach życia rozcieńczone mleko, przy suchéj paszy stoi bydło w oborze, przy zielonéj paszy zaś znajduje się na wolném powietrzu, w stajniach ściany nie powinny być pomazane olejem, lecz cementem lub szkłem wodném.

Dr. Albrecht podaje, że u nich mleczarnia jest pod kontrolą policyi, jest ona urządzoną podług wzoru wziętego z mleczarni Stuttgardzkiéj, mieści w sobie 50 krów; bydło używa suchéj paszy.

Dr. Lederer z Wiednia przemawia za tém, aby jeśli matka ma za mało pokarmu, a pokarm ten nie wystarcza na wyżywienie dziecka, aby w takim razie dodatkowo ją karmić mlekiem zwierzęcém; zgęszczone mleko szwajcarskie sprawia nieżyty żołądka i jelit, oślice zaś dają mało mleka, a mleko ich jest drogie. Nie zdaje mu się również aby mleko ośle zapobiegało niestrawności, wydarza się bowiem niestrawność tak przy użyciu mleka oślego jak mleka z innego bydlęcia.

Dr. Soltmann sądzi, że gospodarze wiejscy wspólnie z lekarzami nad tém pracować powinni, aby zaprowadzić paszę, któraby była najodpowiedniejszą, lecz także należy mieć wzgląd na zachowanie mleka. Jedni zachwalają w tym celu lodowe ochłodzenie, kiedy inni, jak Klebs, zalecają użycie gorąca, bo doświadczenie nauczyło, że mleko długo gotowane dłużéj się konserwuje, a serzeń jego staje się łatwiejszym do strawienia. Najprostsze postępowanie jest ogrzewanie za pomocą odpowiedniego przyrządu, który przy téj sposobności Dr. Soltmann opisuje i objaśnia.

Prof. Klebs bardzo pochlebnie o tym przyrządzie się wyraża a Dr. Soltmann mniema, że przyrząd ten (Berklina) jest bardzo praktyczny, bo wskazuje nam jak należy mleko gotować, aby się przez 3 do 4 dni zachowało. Przyrząd przerzeczony, kosztujący 18 marek, jest dla biednych ludzi zbyt drogi, trzeba go bardzo czysto utrzymywać, nie należy chodzenia koło niego poruczać kucharkom, lecz same matki winny się koło niego krzątać, jeśli chcą aby dziecię miało pokarm pożywny i czysty; dla biednych wystarczy przyrząd 30 fenigów kosztujący, który przedstawia przy téj sposobności.

Dr. Biedert mniema, że mleko dobrze przegotowane, a zachowane w szczelnie zamkniętych flaszkach, może być długo zachowane bez ulegania zepsuciu.

Dla uzupełnienia uwag nad otrzymaniem zdrowego i dobrze zakonserwowanego mleka niech mi wolno będzie podać wynik rozpraw mianych na zwyczajném posiedzeniu Towarzystwa medycyny publicznéj w Berlinie, a zamieszczony w „*Deutsche medicinische Wochenschrift*“ Nrze 46.

P. Becker robił swoje doświadczenia w celu otrzymania mleka dobrze się konserwującego a do użycia dyjetetycznego przydatnego, powtórzył je w pracowniach patologicznéj i farmakologicznéj zostających pod kierunkiem proff. Müllera, Salkowskiego i Liebreicha.

Prof. Müller opowiada, że mleko do stu stopni zagotowane nietylko że wiele kosztuje, ale nadto nabiera smaku nieprzyjemnego, pochodzącego z utworzonego siarkowodoru i rozlicznych zmian istot proteinowych, mleko zaś gotowane przez dwie godziny w ciepłocie od 50 do 60 stopni, traci ferment mleka, a jest przyjemne i smaczne; do 70 stopni ogrzane jest najodpowiedniejsze, albowiem nadto zachowuje się od 4 do 8 dni, a za dodaniem trawieńca lub kwasu nie ścina się w wielkich bryłach, lecz przedstawia miałki proszek cienko strzępiasty. Mleko ścinające się we wielkich bryłach sprawia u dzieci niestrawność, bo żołądek człowieka w wieku dziecięcym jest tkliwy na grube pokarmy i mleko bryłowate.

P. Becker następnie objaśnia model garnka swego pomysłu, któryto garnek jednakowoż z powodu drogości nie znalazł dotychczas odpowiedniego rozpowszechnienia. Wspomina również o tém, że niejaki Schreff sposobem przez Nägelego podanym dostarcza mleka pożywnego i zdrowego, które jak doświadczenia okazały konserwuje się w puszkach blaszanych szczelnie zamkniętych, przez 4, a nawet 6 tygodni, atoli litr tego mleka kosztuje 80 fenigów, gdy tymczasem mleko przez Bekera dostarczone, będzie tylko o trzy fenigi droższe niż zwyczajne.

Prof. Demme podaje do wiadomości, że szwajcarskie zgęszczone mleko dawniéj zawierało 42% cukru, późniéj dodawano 33%, następnie tylko 28%, a teraz mają je wyrabiać bez wszelkiego dodatku cukru. W Cossonay, w pobliżu Luzanny, zagęszczają obecnie mleko w piecu piekarskim bez dodatku cukru, który się ogrzewa do 103°C; na 1000 części mleka dają jedną część będźwinianu magnowego, mleko zawiera 1—4% tłuszczu, i bardzo jest smaczne, na każdéj puszcze blaszanéj jest napis: *Lait concentré suisse, Societé des Usines de Vevey et Montreux.*

Paulcke, aptekarz z Lipska, podaje wiadomość o proszku swojego wynalazku, Milchsalz zwanym. Do zagotowanego mleka dodaje ten proszek, przez co mleko się nie ścina w większych bryłach; mleko krowie staje się przez to przydatném do sztucznego żywienia noworodków i osesków, swoją drogą zaleca on je także w długotrwałym nieżycie, i w raku (?). Przytacza on niemały poczet pedyjatrów, z których niektórzy są obecni na posiedzeniu, a którzy z dobrym skutkiem dodają proszek przerzeczony do mleka mającego służyć do sztucznego żywienia dzieci.

Prof. Thomas oświadcza, że z dobrym skutkiem dodawał do mleka tę sól dla dzieci cierpiących na nieżyt przewodu pokarmowego, sól ta zawiera między innemi i chloran potasowy, który dzieci dobrze znoszą.

Soltman mniema, że się głównie rozchodzi o stosunek, w jakim do siebie zostają sole, białko i woda, w mleku znajdujące się; zbyteczna ilość soli w mleku mającém służyć za pożywienie dla dziecka nie byłaby pożądaną. Sól mleczna Paulckego w wodzie rozpuszczona i do mleka domięszana sprawia, że się serzeń ścina jednostajnie.

Kwestyja więc żywienia dzieci była przedmiotem rozpraw na dwóch posiedzeniach, a reasumując to co było powiedzianém, przyznać należy że jest to kwestyja ważna głównie dla większych miast. Miasta wielkie można zaopatrzyć w mleko zdrowe w dwojaki sposób: 1) przez przywóz mleka ze wsi; 2) albo przez mleczarnie w mieście zakładane. W tym celu we wielu miastach niemieckich powstały lecznicze mleczarnie, które mają dostarczać mleka taniego i dobrego, ale nie wszystkie się wywięzują jednakowo z tego

zadania. Że zaś mleko z chorych krów pochodzące, a spożyte, wielce szkodzić może, dowodzą doświadczenia Klebsa, Gerlacha, Birchera, Harta i innych drukiem ogłoszone. Dowóz mleka ze wsi przyległych do miast połączony jest z wielkiemi niedogodnościami, raz że przez pośredniczenie pewnych osób przy sprzedaży mleka mleko drożeje, powtóre że je fałszują. Dla tego też wzięto się do urządzenia mleczarń w samém mieście, a jeśli właściciele tych zakładów będą korzystać z uwag poczynionych w sekcyi pedyjatrycznéj Zjazdu Przyrodników i Lekarzy w Salcburgu, to wątpić nie można, że będą mogli produkować i tanie i dobre mleko ku wyżywieniu noworodków i osesków jak nie mniéj ku leczeniu rozmaitych chorób u dorosłych.

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W Krakowie od 11—17 grudnia podniosła się ogólna śmiertelność z 25,6 do 29,4. Z ospy umarło 4, (2 z. t.); z płonicy 0 (2 z. t.); z błonicy 2 (3 z. t.); z duru brzusznego 4 (4 z. t.) a doniesiono w tymże czasie: o 8 przypadkach ospy, 11 płonicy, 6 błonicy, 3 krztuśca, 1 róży, 8 duru osutkowego, (4 z kryminału, 2 z aresztów miejskich, 1 z Regulic, 1 z ul. Floryjańskiéj). Do 26 listopada ospa w Londynie bardziéj się rozszerzyła. Leczyło się w szpitalach 540, świeżo zapadło 124, umarło 20. W Paryżu umarło 13, w Budapeszcie 15, w Wiedniu 19, w Warszawie 33, w Petersburgu 7, w Saragossie 8, w Barcelonie 1, w Madrycie (od 2—9 października) 37. Z duru osutkowego umarło w Amsterdamie 2, w Londynie 5, w Petersburgu 15. Odra panuje w Chrystyjanii. Z cholery umarło od 9 listopada w Hedjas 300. Pielgrzymów było 600.000. Do Djeddah zawlekli już pielgrzymi cholerę. W Mekce łagodnieje cholera, gdzie umarło 7 listopada 267, 8 listopada 168; 9 listopada 129; 11 listopada 75; 12 listopada 70; 13 listopada 47. W Djeddah umarło 7 i 8 listopada po 5; 9 listopada po 13; 11 listopada 24; 12 listopada 6; 13 listopada 8.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 47 (od 20 do 26 listopada) umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 31,5; we Lwowie 27,8; w Poznaniu 29,0; w Wiedniu 27,9; w Budapeszcie 29,3; w Pradze 28,9; w Tryjeście 29,9; w Berlinie 23,6; w Wrocławiu 24,6; w Gdańsku 22,5; w Mnichowie 26,2; w Dreźnie 21,5; w Lipsku 25,4; w Bazylei 19,3; w Brukseli 21,4; w Amsterdamie 24,5; w Hadze 19,4; w Paryżu 25,4; w Londynie 21,8; w Kopenhadze 27,4; w Chrystyjanii 16,4; w Petersburgu 43,7; w Odesie 33,8; w Rzymie 23,8; w Wenecyi 32,1; w Bukareszcie 26,5; w Madrycie 39,1; w Lisabonie 25,8; w Aleksandryi 33,1; w Nowym Yorku 29,3; w Filadelfii 20,5; w Bombaju 25,0; w Madrasie 35,3. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 22 grudnia. Otrzymaliśmy właśnie Rocznik medycyny polskiéj na r. 1882, wydawany staraniem i nakładem redaktora „Medycyny" Dra J. Rogowicza w Warszawie. Jest to rocznik IV tego pożytecznego wydawnictwa, a nie wahamy się nazwać je pożytecznem dla tego, że rocznik ten nie jest zwykłym kalendarzem, czyniącym zadość potrzebie powszedniéj, lecz mieści w sobie zarazem pogląd na piśmiennictwo lekarskie polskie w ciągu ostatniego roku, a więc ma wartość trwałą. Z wyjątkiem Dra Dobrzyckiego spotykamy się w roczniku niniejszym z tymi samymi sprawozdawcami, co w roku przeszłym (Drowie Dunin, Markiewicz, Matlakowski, Rogowicz, Kośmiński, Klink i Fritsche); sprawozdań wszystkich naliczyliśmy 183, odnoszących się do prac ogłoszonych przez 120 autorów; z tych prac prawie $^1/_3$ część była ogłoszoną w Przeglądzie Lekarskim (prac 55, autorów 39), daléj w Medycynie 50, w Gazecie Lekarskiéj 47, w Pamiętniku Tow. lek. warsz. 19, w Kronice Lekarskiéj 5, w rocznikach Akademii 4, osobno 3. W roku przeszłym było sprawozdań 184, napisanych przez 107 autorów, a więc ilość prac ta sama, a mniejsza liczba piszących. — Część 2ga, ładnie oprawna, jest to kalendarz dla użytku lekarzy i zawiera oprócz zwykłych notatek rzecz o najnowszych lekach i sposobach leczenia, o mleku i zdrojowiskach ważniejszych, wreszcie spis lekarzy w Król. Polskiém praktykujących i bardzo dobrze ułożony dziennik d'a lekarza praktycznego. — Ponieważ w mowie będący kalendarz lekarski obecnie jest jedynym polskim, spodziewać się wypada, że i po za obrębem Królestwa znajdzie liczny pokup, a zasługuje on na większe niż dotąd rozpowszechnienie i w Galicyi, choćby dla tego, że za zwykłą cenę kalendarzową kupujący otrzymuje i wspomniony „Rocznik medycyny polskiéj."

Równocześnie doszedł nas i „Kalendář českých lékařův" za rok 1882, ozdobiony fotogramem prezesa Majera. Nakładem Tow. lekarzy czeskich kalendarz ten wychodzi w Pradze od lat 14 i obok zwykłych wiadomości zawiera dokładny spis lekarzy praktykujących w Czechach, Morawie i Szląsku austr.

* Wczoraj odbyły się w Towarzystwie lekarskiém naszém wybory na rok przyszły. Obrany został prezesem ponownie kol. Jordan, wiceprezesem (po zrzeczeniu się kol. prof. Domańskiego) kol. Paszkowski, sekretarzem dorocznym kol. Jan Rosner, biblijotekarzem kol. Murdzieński. Sekretarzem stałym i podskarbim (na 3 lata wybranymi) pozostają nadal koll. Zarewicz i Obaliński. Również wybrany na nowo dotychczasowy redaktor *Przeglądu Lek.*, a w skład komisyi redakcyjnéj weszli koll. prof. Domański, Kwaśnicki, prof. Oettinger i Pareński, z ramienia zaś Tow. lekarzy galicyjskich koll. Grabowski i prof. Rydel. Wreszcie delegatami Tow. lek. krak. w Tow. lek. galicyjskich wybrani koll. Krówczyński i Szeparowicz we Lwowie.

* W rozprawie swéj: „O samobójstwie" prof. Reclam w Lipsku podaje, że w ostatniém dziesięcioleciu ilość samobójstw wzmogła się w Prusiech z 13 do 17 na 100,000 mieszkańców, i że w Berlinie samym zdarza się rok rocznie 300 samobójstw. Na 26 milijonów mieszkańców było w roku przeszłym 4330 samobójstw (z tych 771 popełnionych przez kobiety); w liczbie téj znajduje się 225 żołnierzy, a w 703 przypadkach przyczyna samobójstwa była nieznaną; ponieważ zaś pomiędzy ostatniemi było zaledwie 6 kobiet, więc Reclam przypuszcza, że z mężczyzn wielka część odbiera sobie życie, aby uwolnić się od znienawidzonéj służby wojskowéj. Do wzmożenia się emigracyi i samobójstw zdaniem Reclama przyczynia się znacznie wpływ powszechnéj służby wojskowéj, który czuć się daje zwłaszcza „u ludu z natury nie będącego wojennym, w jaki Niemcy w ciągu ostatnich 200 lat w sposób gwałtowny przez władze przeistoczonemi zostali; a wpływ ten objawia się najbardziéj u téj ludności, która obecnie w Niemczech najbardziéj ćwiczy rzemiosło wojenne, to jest w pruskiéj." *(Friedreichs Bl. f. ger. Med.* 1881, Hft VI).

* Katastrofa wiedeńska wywołała niektóre ciekawe nieporozumienia. Wspomnieliśmy już, że wiedeński korespondent *Kuryjera warsz.* uśmiercił serdecznego przyjaciela swego Dra Maurycego Szpilmana, chociaż tego imienia Dr. Szpilmann wcale nie istnieje, a omyłkę swoją wprawdzie późniéj odwołał, ale zapóźno dla Gazety Lekarskiéj, która Szpilmanowi napisała nekrolog. *Gazette des Hôpitaux* znów w Nrze 144 opłakuje zgon nieodżałowanego kolegi swego *(notre regretté confrère)* Dr. Groagsa; nie pojmujemy téj czułości, gdyż Dr. Groag zginął wprawdzie, a ciało jego rozpoznano jedno z pierwszych, ale był to adwokat nadworny i sądowy wiedeński, a nie lekarz francuski!

* **Mianowania i odznaczenia.** Protomedyk Biesiadecki otrzymał order pruski orła czerwonego 3ciéj kl. — Pasteur wybrany został członkiem Akademii francuskiéj w miejsce zmarłego Littrégo.

* **Wiadomości osobowe.** Stopień doktorów w. n. lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Franciszek Jakób Opydo z Dolnéj wsi, Władysław Kohlberger z Przemyślan, Karol Rudnicki z Jakóbkowic, i Karol Grammatyka z Wadowic, wszyscy z Galicyi.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Przewodniku gimnast.* Nr. 9: Żulińskiego: Ruch mięśniowy i wpływ jego na zdrowie człowieka (c. d.); Jarna-

towskiego: Praca zawodowa i ćwiczenia cielesne.—W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 51: Wiktora: O wartości szczepienia ospy; Bujwida: Wiadomość o źródle siarczaném w Ciechocinku; Adamkiewicza: O peptonie (dok.) — W *Medycynie* Nr. 51: Dobrzyckiego: Kilka słów w przedmiocie techniki inhalacyj stosowanych jako sposób bezpośredniego działania na miąższ płucny (c. d).

Redakcyja otrzymała:

Dr. J. WARSCHAUER (w Krakowie): Die Masernepidemie zu Krakau in J. 1881 mit Bemerkungen über die früheren Epidemieen. (Osobne odbicie z „Archiv f. Kinderheilk." III) in 8vo str. 12.

Dr. RYDYGIER: Pierwszy przypadek wycięcia odźwiernika celem usunięcia zwężenia w skutek wrzodu. (Osobne odbicie z „Przegl. Lek.") in 8vo str. 5.

Rocznik medycyny polskiéj, wydawany staraniem i nakładem Dra Rogowicza, Rok IV—1882 w 2 częściach.

Kalendář českých lékařův. 1882, vydal Spolek lékařův českých Ročnik XIV, v Praze nákladem spolku 1881.

* **Konkursy.** Burmistrz m. Jasła ogłasza konkurs na posadę lekarza pomocniczego w szpitalu tamecznym z płacą 300 zła. Doktorowie w. nauk lek. podawać się mogą do d. 10 stycznia 1882 r. — Burmistrz miasta Willamowic (w Starostwie Bielskiém) rozpisuje konkurs na posadę lekarza miejskiego z płacą roczną 350 zła. Podawać się można do dnia 31 stycznia 1882 r.

Sprostowanie. W Nrze 51 Przeglądu na str. 967 w łamie IIgim, w wierszu od dołu 18tym, zdanie: „jeżeli są dość wielkie, co się jednak rzadko wydarza."— winno być opuszczoném. Na str. 668, w łamie IIgim, w wierszu od dołu 21szym, zam. system, winno być: symptom.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 3095.

KONKURS.

Zwierzchność gminy miasta Jasła ogłasza niniejszém Konkurs na posadę sekundaryjusza przy tut. szpitalu powszechnym z roczną płacą 300 złr. Obowiązki oznacza instrukcyja wydana przez Wys. Wydział krajowy.

PP. Drowie wszech nauk lekarskich chcący kompetować o tę posadę zechcą należycie udokumentowane podania wnieść do tutejszéj Zwierzchności gminnéj do 10 Stycznia 1882.

Jasło dnia 15 Grudnia 1881.

Burmistrz
Przyłęcki.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj pół- tora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja:
Ulica Podwale Nr. 84.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Boulv. Voltaire 180, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ $1\frac{1}{2}$ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 31 grudnia 1881. № 53. Rok XX.

Przegląd Lekarski, organ Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego, rozpoczyna w dniu 1 Stycznia 1882 **rok dwudziesty pierwszy** swego istnienia i wychodzić będzie w tym samym co teraz formacie w objętości $1\frac{1}{2}$ arkusza na tydzień, jak **najregularniéj**.

Wszystkie prace umieszczane w Przeglądzie Lekarskim, tak oryginalne jakoteż nieoryginalne, są płatnemi.

Prenumerata Przeglądu Lekarskiego z przesyłką pocztową bezpośrednią wynosi:

	w Austryi	w Królestwie Polskiém i Cesarstwie rosyjskiém	w Cesarstwie niemieckiém
rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 marek
półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „
kwartalnie	2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	4 „

we Francyi i Belgii
rocznie 24 franki, półrocznie 12 franków, kwartalnie 6 fran.

W innych krajach według przepisów pocztowych.

Prenumeratę przyjmują: w Krakowie Administracyja, nadto w Warszawie pp. Gebethner i Wolff, w Paryżu p. Adam, Rue Clément 4. — Ogłoszenia przyjmują: Administracyja oraz w Paryżu p. Adam, Rue Clement 4 i p. Dobrowolski Faub St. Martin 57.

Zwracamy zarazem przy téj sposobności uwagę szanownych Członków korespondentów Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, iż według obowiązującego statutu winni Przegląd Lekarski abonować bezpośrednio w Administracyi.

I. Z klinicznego ambulatoryjum

Dra Władysława Lessera,
docenta chirurgii w Lipsku.

(Dokończenie. Patrz Nr. 52).

Rzeczywiście w sprawach gruźlicy miejscowéj w kościach i gruczołach limfatycznych jodoform wielką ma wartość i podzielam w téj mierze zdanie Mosetiga. Ale nie zgadzam się z nim, jeżeli mniema, że jodoform posiada wpływ swoisty na gruźlicę miejscową. Tak zwane recydywy gruźlicy miejscowéj tak często powstają pod jodoformem jak bez jodoformu i zawsze wymagają nowéj operacyi. Wpływ jodoformu na gruźlicę inaczéj tłumaczyć trzeba; każdy chirurg postępujący energicznie przeciwko sprawom gruźliczym, mając tyle wprawy, że nawet przy większych rękoczynach zawsze za przebieg aseptyczny zaręczyć może, pewnie się przekonał, że od czasu, jak nie dopuszczamy, aby rozpad materyj zserowacialych sam przez się następował, i od czasu jak fistuły i wrzody i jamy kostne gruźlicze łyżeczką ostrą wyczyszczamy, wymiatając z nich masy zserowaciałe i tkanki z infiltracyją gruźliczą, w których rozpad zserowaciały dopiero się rozpoczyna, że odtąd następstwa ogólne, t. j. zmiany skrobiowate w organach brzusznych, nie tak często się zdarzają jak dawniéj, gdyśmy nie umieli utrzymać przebiegu aseptycznego w ranach gruźlicą zakażonych [1]).

Wiemy bardzo dobrze, że zmiany skrobiowate polegają na bardzo przewlekłém działaniu małych bardzo ilości istót rozpadowych na ustrój i dla tego owe zmiany napotykamy nie tylko w późniejszych okresach gruźlicy kości i gruczołów limfatycznych, ale i w pewnych przypadkach zakażenia kiłowego itd. — A jeżeli przy większych operacyjach lub w przypadkach z przebiegiem septycznym dotąd używane środki antyseptyczne mają wyższość niezaprzeczoną nad jodoformem, to w owych przypadkach rozpadu powolnego zapewne jodoform większą ma wartość ze względu na to, jak już wymieniłem, że nie działa bardzo silnie ale bardzo długo. Zapewnienie przebiegu antyseptycznego ran gruźlicą zakażonych równocześnie na samo rozwinięcie gruźlicy zapornie działać będzie, wiadomo bowiem, że gruźlica tém łatwiéj się rozwija, im więcéj ustrój podupada, bądź pod wpływem spraw zakaźnych lub niedostatecznego odżywiania. Mam przeto nadzieję, że za pomocą jodoformu skuteczniéj jeszcze, niż dotąd, będziemy mogli działać przeciw bardzo rozkrzewionemu utrapieniu ludzkości, jakiém jest gruźlica. — Ale przy większych operacyjach wtedy dopiero dam się przekonać o za-

---

[1]) Jeder z moich uczniów zajął się opracowaniem téj kwestyi na podstawie obszerniejszych dat statystycznych i ogłosi je w swéj dysertacyi.

letach jodoformu [1]), jeżeli w istocie środek ten pozwoli odstąpić od opatrunków antyseptycznych o tyle, że wszelkie osobne preparowanie waty, gazy lub juty stałoby się zbyteczne. Wtedy rzeczywiście jodoform umożebniłby dalsze rozpowszechnienie metody antyseptycznéj w praktyce codziennéj, a przedewszystkiém w chirurgii wojennéj. Ale nie podzielam zdania, wypowiedzianego przez Koeniga, że jodoform dla tego jest ważnym, że każdy bez wielkiego przygotowania może osiągnąć przebieg antyseptyczny ran. Jest to czyste złudzenie. Bo jeżeli kto nie nauczył się operować i opatrywać ran według ścisłéj metody Listerowskiéj, to przez „proste" posypanie ran jodoformem będzie miał te same złe wyniki, jak od stu lat i więcéj mieli ci lekarze, którzy pakowali do ran różnorodne proszki, bądź to proch, węgiel, ałun, garbnik lub proszek salicylowy. *(Cf. Zeitschrift für Chir.* T. III, 1873, Lesser: O metodzie Listerowskiéj).

Po tracheotomijach także rany na szyi zasypywałem jodoformem, ale nie mogę jeszcze orzec, czy to postępowanie ma większe zalety od wypęzelkowania rany rozczynem chlorku zynku przed przecięciem tchawicy, którą metodę zaleciłem w mojém dziełku: *Lebensrettende Operationen* Leipzig, Vogel 1881, a która prędkie sobie u kolegów zjednała wzięcie.—W kilku przypadkach dyfteryi przełyku po posypywaniu migdałków jodoformem prędko choroba ustępowała, ale nie chce jeszcze o tém wydawać sądu stanowczego.

Bardzo korzystne wyniki otrzymałem przy użyciu jodoformu jako proszku do zażywania *(Jodoformii 1, Sacchar. albi 10)* w przypadkach ozeny, gdzie wziernikiem łatwo się przekonać można o powstawaniu pierwszych wrzodków na około otworów gruczołków śluzowych w błonie nosa. Smród prędko ustaje, jeżeli chory od czasu do czasu dziurki nosowe watą zatyka, a po zmiękczeniu i oddaleniu strupów dopiero proszek zażywa. W wielu przypadkach można się wtedy obejść bez wypłukiwań jam nosowych, które to wypłukiwania bardzo są uciążliwe dla chorego, jeżeli się używa płynów antyseptycznych. A często chorzy przyzwyczaić się nie mogą, aby sami owe wypłukiwania robili, jak się należy. Z większém jeszcze przekonaniem mogę polecić użycie jodoformu w *caries ossis petrosi* z wypływem ropnym z jamki bębenkowéj. Nie ma środka, któryby tak prędko rozkład usunął, jak jodoform. I tutaj wstrzykiwania stają się niepotrzebne. Wysuszywszy ucho watą, nasypuję odpowiednią ilość jodoformu i zatykam ucho watą. Wydzielina w jamie bębenkowéj prędko się zmniejsza i można watę przez kilka dni w uchu pozostawić. Przezto nie zostawia się leczenia choremu, lecz lekarz sam może się niém zająć. W jednym przypadku, gdzie cały *proc. mastoideus* trzeba było wyżłobić i gdzie łyżeczka aż do opony mózgowéj dotarła, zasypanie jodoformem wywarło dobry wpływ na przebieg choroby kostnéj. Ale po dwóch miesiącach chłopczyk pomimo to zmarł z ostréj gruźlicy opon mózgowych.

Wracając do leczenia chirurgicznego gruczołów limfatycznych gruźlicą zakażonych za pomocą podskórnego wyżłobienia gruczołów nie mogę téj metody nazwać nową, dla tego, że jest tylko naśladowaniem przebiegu, jaki w organizmie sam przez się następuje, chociaż nie zawsze w odpowiedniéj chwili. Ale o ile mi wiadomo, nikt jeszcze po drodze tu wskazanéj nie postępował. Metoda nasza przedewszystkiém poucza, że zmiany gruźlicze i rozpad zserowaciały w gruczołach limfatycznych o wiele wcześniéj następuje, aniżeli dotąd utrzymywano. W gruczołach wielkości pestki wiśniowéj wszelkie już zmiany można było spostrzegać, jak w najwydatniejszych obrzmieniach. Dowodzi to, że jeżeli chcemy zapobiedz większemu zakażeniu, lepiéj jest już działać zawczasu, wydobywając zserowaciałe ogniska, zamiast tracić czas bezowocnie na wcieraniach, wstrzykiwaniach itd. Powtóre metoda nasza ma wyższość nad wyłuszczeniem gruczołów w całkowitości, bo operacyje takie niepotrzebnie dużo czasu choremu zabierają, pozostawiając większe blizny i nie dając wreszcie lepszych wyników co do recydyw i co do ostatecznego wyzdrowienia, aniżeli podskórne wyżłabianie gruczołów, po którém chory nie jest zmuszonym w domu przesiadywać. — Ale metoda nasza wymaga zręczności chirurgicznéj a przedewszystkiém sumiennego wypełnienia wszelkich zasad leczenia ran przeciwgnilnego.

[1]) Po wszystkich operacyjach większych używam juty karbolizowanéj Münnicha preparowanéj według Listera i bardzo jestem zadowolony z wyników. — Wykonałem w przeciągu ostatnich trzech lat około 25 osteotomij na kości udowéj, goleniowéj i promieniowéj. We wszystkich przypadkach po tygodniu już rana się zagoiła i można było nałożyć opaskę gipsową. — Również aseptyczny był przebieg po otwieraniu wielkich ropni z kręgosłupa pochodzących, a przedewszystkiém przy otwieraniu stawów, jak np. napięstkowego (w przypadku osteotomii kości promieniowéj po złém wyleczeniu złamania owéj kości w dolnéj części), albo przy operacyi opisanéj celem polepszenia położenia nogi przy *pes varus paralyticus* (*Centralbl. für Chir.* 1879, Nr. 31), przy otwarciu stawów łokciowych *(Über seitliche Ellbogenluxation etc. Centralbl. für Chir.* 1881, Nr. 16), daléj w resekcyjach stawów np. kolanowego (1), napięstkowego (1), biodrowego (5), stopowego (8), które wszystkie zakończyły się pomyślnie. — Mianowicie w przypadku takim, jak go opisałem w Gazecie Lekarskiéj (z r. 1880), gdzie bąblowiec zajmował większą część lewéj opłucny, opatrunek Listerowski jedynie się przyczynił do przebiegu bezgorączkowego i do prędkiego wyzdrowienia. — Pomijam wyłuszczenie różnych nowotworów, mianowicie sutka piersiowego, dodając tylko, że w tych przypadkach, gdzie jodoformu użyłem, przebieg ran w niczém się nie różnił od przebiegu dotychczasowego. Gdyby przez posypanie lub wsypanie jodoformu do ran, albo przez posypanie drenów jodoformem przed wprowadzeniem ich do ran (Koenig) można było we wszystkich przypadkach zastąpić wymywanie zatok itd. rozczynami wodnemi kwasu karbolowego lub salicylowego, wielkąby to było korzyścią, zwłaszcza u dzieci.

II. Oceny i sprawozdania.

E. Albert: **Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre.** 2gi tom. Drugie przerobione i pomnożone wydanie. Urban et Schwarzenberg, 1881.

W zupełności pozostajemy przy tém, cośmy w ogóle wypowiedzieli o drugiém wydaniu dzieła Alberta omawiając przed kilkoma miesiącami tom pierwszy. Obecnie widzimy przed sobą, w nowéj szacie, tom drugi. Szata ta jest świąteczną, albowiem tak druk i papier jakotéż i ryciny są, w całém tego słowa znaczeniu, wykwintnemi i zalecają jak najlepiéj powyżéj wymienioną formę. Drugi tom nie dał autorowi sposobności do tak licznych poprawek i dodatków, jak to się stało w pierwszym, wyszczególnić jednak wypada rozdział o obrażeniach rdzenia pacierzowego, któremu przybyły nowsze doświadczenia Brown-Séquarda i Vulpiana jako też pouczające przykłady z kazuistyki. Przed innemi szczególniej uwzględnił autor rzecz o skrzywieniach stosu pacierzowego, tak iż z tego powodu przybył jeden rozdział, w którym rozwija teoryje Hütera i poddaje je ostréj krytyce, opierając się przytém na ostatnich wywodach Nicoladoniego.

Nie możemy pominąć kilku zarzutów, które wprawdzie nie czynią ujmy znakomitemu zresztą dziełu, dotyczą jednakże spraw, których brak nie mile razi w nowém wydaniu. I tak pominięto ostatnią pracę Wagnera przy omawianiu otwarcia klatki piersiowéj; nie zastanawia się autor bliżéj nad przyrządami pilśniowemi tak bardzo w ostatnich czasach zachwalanemi; a co najbardziéj nas uderzyło to to, że tak pobieżnie zbywa kwestyję umiejscowionej gruźlicy *(tuberculosis localis)*, która przecież dała powód do starcia się najróżniejszych zdań.

Mimo to uważamy zawsze podręcznik Alberta jako taki, do którego nietylko lekarz praktyczny lecz i specyjalista chętnie i często zaglądać powinien, aby sobie nieraz wydobyć zdrową radę od doświadczonego chirurga pochodzącą.

Docent Dr. Obaliński.

Winternitz: **Hydrotherapie** (w *Ziemssena Handbuch der allgemeinen Therapie*, tom II, część 3). Lipsk 1881.

(Dokończenie. Patrz Nr. 52).

Poszczególne zabiegi opisał autor bardzo dokładnie i jasno. Wskazania opierają się zawsze na znaczeniu fizyjologicznêm procedur, nic więc im zarzucić nie można. Traktowanie w osobnych rozdziałach kąpieli t. zw. połowiczéj *(Halbbad)* i całkowitéj *(Vollbad)* nie zdaje się nam dostatecznie uzasadnionêm. Nie rozumiem, na czém ma połegać kardynalna różnica między kąpielą wanienkową 12° C., w któréj chory po brodę zanurzyć się może, a takąż kąpielą w większym zbiorniku wody Do większego ciążenia wody w kąpieli całkowitéj trudno apelować, gdyż fizyjologiczne jego znaczenie nie jest nam bynajmniéj znane, a tu w każdym razie podrzędne. Że Prysznic ze względów prawdopodobnie ekonomicznych kazał do wanien ciepłą wodę nalewać tylko do połowy *(Halbbad)*, gdy wody zimnéj nie miał potrzeby oszczędzania *(Vollbad)*, to bynajmniéj niedostateczna przyczyna, byśmy dwie te pozornie różne kąpiele uważać mieli za zupełnie odrębne. Kąpiel istnieje tylko jedna, czy jest wanienkową czy zbiornikową, byleśmy jéj ciepłotę oznaczyć mogli. Ze względów na wygodę każdy zakład wodoleczniczy powinien mieć i większy zbiornik z dostatecznie zimną wodą, nie tyle do samodzielnych kąpieli, ile do zakończania innych zabiegów hydryjatrycznych służący. Nie jest to jednakże warunek niezbędny.

Między zmywaniem a natarciem, tak jak je autor opisuje, nie ma istotnéj różnicy. Zmywanie połączone z mniéj lub więcéj silnêm nacieraniem skóry staje się właściwie natarciem *(Abreibung)*, nie ma więc prawa bytu jako osobna procedura wodna. Że Winternitz w zmywaniu radzi trzeć skórę gąbką lub płótnem, gdy w natarciu trze się zwykle po płótnie, tudzież że zmywanie odnosi się zwykle do pewnych tylko części ciała, nie może stanowić istotnéj różnicy między temi zabiegami. Co najwięcéj możnaby zmywanie nazwać natarciem częściowêm (miejscowêm) lub częściami kolejno wykonywanêm. Jeżeli zmywaniu chcemy pozostawić osobne stanowisko w hydroterapii, natenczas powinno być rzeczywistêm zmywaniem *(lotio)*, nie połączonêm z tarciem skóry, mającêm więc znaczenie jedynie bodźca termicznego. Wszelki bodziec mechaniczny powinien w niém być wykluczony, a nacieranie o tyle tylko potrzebne, ile wystarczy do dokładnego rozprowadzenia wody po skórze. Że uwagi te są słuszne, dowodzi okoliczność, że autor pojmujący i wykonywający w powyższy sposób zmywania, nie znalazł dla zabiegu tego jakiegokolwiek odrębnego wskazania, któremuby natarcia zadość uczynić nie mogły. Różnica pomiędzy zabiegami temi polegać powinna na istnieniu lub nieistnieniu bodźca mechanicznego, który cechuje t. zw. natarcia, a który jest ze zmywań wykluczony.

T. zw. opaskom piersiowym (pobudzającym) autor, zdaniem naszém, zbyt rozlegle przypisuje znaczenie w chorobach piersiowych. Działanie ich i wskazania opiera autor na licznych przypuszczeniach i prawdopodobieństwach, które, jak w ogóle tak i tu, bardzo zręcznie w zamierzonym celu spożytkować i wyzyskać umie. Pod względem wartości opasek piersiowych w suchotach płucnych miałem już sposobność wypowiedzenia swego zdania kiedyindziéj, a dalsze w tym kierunku doświadczenia nie pozwalają mi dotychczas zdania tego cofać.

Ostatnią część dzieła zajmuje opis skombinowanych zabiegów hydryjatrycznych odpowiednio do pewnego celu, który osiągnąć chcemy. W opisie działania przeciwgorączkowego autor podał tylko ogólny rys postępowania, gdyż przedmiot ten w dziele Ziemssena opracował osobno Liebermeister.

Szczegółowych wskazówek, jak w poszczególnych chorobach hydroterapeuta ma postępować, jak to uczynił Pinoff w swym podręczniku, Winternitz nie podaje. I słusznie. Ile chorób i chorych, tyle musi być odmian i różnic w zastosowaniu zabiegów hydryjatrycznych. Indywidualizowanie jak w całéj medycynie tak i tu jest arcyważnêm i jedynie do celu prowadzić może. Że indywidualizowanie to staje się możebnêm jedynie na podstawie dokładnéj znajomości działania fizyjologicznego każdego zabiegu, oraz zupełnego zapanowania nad stroną techniczną hydroterapii, nie ulega wątpliwości.

Dr. St. Smoleński.

Dr. Maurel: **Doświadczenia kliniczne nad lekami moczopędnemi.**

Badając wiele środków moczopędnych doszedł autor do przekonania, iż wiele z nich nie zasługuje na tak rozległy użytek, jakiego obecnie doznają. Liczne i ścisłe doświadczenia tracą jednak o tyle na wartości, iż je autor podawał ludziom zdrowym, u których nie było wskazania do użycia środków moczopędnych, t. j. nie było płynów surowiczych, któreby miały być z organizmu wydalonemi. Badania nader ściśle przeprowadzone dały następujące wyniki.

1) *Kali nitricum* zwiększa ilość stałych składników moczu, najwybitniéj po dawkach 4—6 grm., większe dawki zmniejszają działanie.

2) *Kali chloricum* wpływa już mniéj na stałe składniki moczu, zwiększa za to ilość wody. W ogóle jest słabym środkiem moczopędnym.

3) *Kali aceticum*, w dawce 3—6grm., działa niejednostajnie, zwiększając raz ilość stałych składników moczu, to znowu wody, czasem bez żadnego wpływu.

4) *Kali jodatum* nie jest wcale moczopędnym środkiem, zmniejsza nawet wydzielanie moczu.

5) *Natrum salicylicum* zwiększa ilość stałych składników moczu, na ilość wody działanie zmienne.

6) *Digitalis* zwiększa wydzielanie stałych składników jakoteż i wody.

7) *Tra Colchici* prawie bezskuteczna.

8) *Tra Scillae* działanie zmienne.

Wszystkie te środki były podawane w 60grm. płynu, tak jak się chorym zwyczajnie daje.

Ostatecznie wynika z téj pracy, iż *Kali nitricum* ze środków solnych najdzielniej wpływa na wydzielanie stałych składników moczu, *digitalis* zaś ze środków roślinnych pierwsze zajmuje miejsce zwłaszcza pod względem wydzielania wody. (*Bull. de Thér.* XCVIII, p. 97, 157, 1880). *F. M.*

Ziemssen i Kopp: **O mechanicznêm leczeniu puchliny według Southeya.**

Jednêm z ważnych wskazań w chorobach połączonych z opuchliną jest usunięcie nagromadzonéj w tkance podskórnéj cieczy surowiczéj. Starano się dotąd uczynić zadość temu wskazaniu przez wywołanie ucisku opaskami sprężystemi, przez mięsienie, lub téż przez podawanie środków leczniczych, któreby przez zgęszczenie krwi wywołały resorbcyję nagromadzonéj surowicy. Pierwsze, t. j. środki mechaniczne, działające przez ucisk, mogły się poszczycić tylko bardzo nie wielką skutecznością, drugich jakkolwiek o wiele skuteczniejszych, nie zawsze można było użyć, i nie zawsze można się było po nich jakiegokolwiek spodziewać skutku. W końcu starano się płyn nagromadzony w tkance podskórnéj wydalić przez nacięcie skóry. Ta ostatnia metoda zdawała się najodpowiedniéjszą. Jednakowoż większe i głębsze nacięcia były zbyt bolesne, a przytêm niebezpieczne ze względu narażenia się na wywołanie zapalenia lub zgorzeli skóry. Mniejsze a liczne nacięcia również nie były wolnemi od niebezpieczeństwa zakażenia, a przytêm miały tę niedogodność, że zwykle po 24 do 36 godzinach zasklepiały się a płyn znów nazad z wielką chyżością się gromadził, naprężał skórę i wywoływał przykre dolegliwości.

Aby temu zapobiedz, podał, jak wiadomo Southey, nowe postępowanie lecznicze. Polega ono na użyciu małych włoskowatych trójgrańców (*Transactions de l'association française pour l'avancement des sciences. Congrès du Hâvre*). Narzędzie to uległo niektórym modyfikacyjom i obecnie przedstawia się w postaci małego trójgrańca z cieniutką, włoskowatą (jak igła Pravazowskiéj wstrzykawki) pochewką, w którego ścianach umieszczono 6 do 9 dziurek, aby przyspieszyć wypływanie cieczy, a zarazem zapobiedz zatkaniu. Na końcu pochewki znajduje się gwintowate zgrubienie, aby łatwiéj umocować gutaperkową rurkę, którą surowica odpływałaby do zbiornika. Zastosowanie tego małego przyrządu polega na têm, że podobnie jak igłą strzykawki Pravaza wbija się trójgraniec pochyło w skórę moszen lub obrzmiałéj odnogi, wyjmuje się go, a na pozostałą w tkance podskórnéj pochewkę, nakłada się rurkę gutaperkową. Nietrzeba wspominać, że przed użyciem należy trójgraniec dobrze wymyć ciepłą wodą karbolową i nasmarować oliwą karbolową. Płyn zbiera się do słoika ustawionego między nogami pacyjenta. Odpływ surowicy odbywa się bardzo szybko, tak że zwykle w ciągu 24 godzin zbiera się z czterech małych trójgrańców w bitych w uda i podudzia 10 do 12 litrów płynu. Doświadczenia z metodą Southeya, o ile przynajmniéj się je w literaturze napotyka, są bardzo nieliczne. Kilka spostrzeżeń z kliniki Traubego, dwa spostrzeżenia z londyńskiego szpitala, przemawiają za skutecznością i praktycznością téj metody.

Dr. Kopp, asystent kliniki prof. Ziemssena ogłasza w tegorocznych sprawozdaniach klinicznych obszerny referat z doświadczeń robionych z trójgrańcem Southeya.

Punkcyję wykonano w 28 przypadkach. Bardzo widoczny był skutek w 17 przypadkach, w których zmniejszenie opuchliny sprawiło chorym znaczną ulgę. W 20 przypadkach chorzy znieśli zastosowanie trójgrańca bardzo dobrze, w 4 przypadkach rozwinęła się róża lekka, z ograniczoną zgorzelą skóry, w 4 przypadkach przyszło do rozprzestrzenia się róży, która prawdopodobnie przyspieszyła śmierć.

Zwykle zakładano 4 trójgrańce na wewnętrznych stronach ud i podudź po jednym. Do opatrunku używano waty salicylowéj. Kilkakrotnie badano dokładnie skład płynu wypuszczonego pod względem białka i mocznika. Ilość wydzielonego w ciągu 24 godzin płynu była różną. Zależała od stopnia opuchliny i od wielu innych warunków. Przeciętnie biorąc wypływało z 4 rurek w ciągu 24 godzin 2 litry płynu. Zdaniem autora najlepsze wyniki otrzymywano, stosując metodę Southeya w opuchlinach wywołanych chorobami nerkowemi lub sercowemi. O wiele mniéj zadowalające wyniki dawała ta metoda w opuchlinach powstałych skutkiem upośledzenia krążenia w wątrobie. Najwybitniéj okazywała się skuteczność téj metody w opuchnięciach moszen. Wskazanie do usunięcia opuchliny jest tutaj nader ważne a to ze względu na grożącą zgorzel skóry mosznowéj i dolegliwości, jakie obrzmiałe moszna sprawiają choremu. Kopp radzi nie pozostawiać dłużéj pochewki trójgrańca w skórze moszen jak 12 godzin, bo często występuje późniéj zgorzel w miejscu zakłócia, albo przynajmniéj uporczywe owrzodzenie. Raczéj należy po kilku dniach znów powtórzyć na innêm miejscu punkcyję. Kopp zwraca uwagę na konieczność jak największéj skrupulatności w oczyszczaniu i desinfekcyjonowaniu trójgrańców i miejsc zakłótych. Przy zachowaniu wszystkich ostrożności można pozostawić kaniulę przez 2 do 3 dni. Jednakowoż Ziemssen nieradzi dłużéj pozostawiać nad 24 godzin.

Powtarza on zwykle po kilku dniach punkcyję na innêm miejscu. W przypadkach, w których skutkiem napięcia i ucisku, dłużéj trwającego, skóra straciła sprężystość i stwardniała, Ziemssen używa grubszych i silniejszych trójgrańców.

Główną zaletą metody Southeya jest prędkie usunięcie opuchliny, stąd ulga, jakiéj chory tak prędko doznaje, a przytêm można zachować należytą czystość i płyn zupełnie czysty poddać badaniu.

Naturalnie nie może być mowy o wyleczeniu radykalnêm puchliny, jednakowoż przez jéj usunięcie, przez sprawienie ulgi w cierpieniach chorego, można w większéj części przypadków zejście śmiertelne odwlec na dłuższy czas. (*Annalen der städtischen allgemeinen Krankenhaüser zu München 1881).*

Dr. Kopff.

Fryderyk Fieber: **Przyczynek do naciągania nerwu w wiądzie rdzenia pacierzowego.**

Rozprawka autora ma na celu wykazać, że dopiero wielokrotne naciąganie nerwu kulszowego może wywołać polepszenie, gdyż zupełne wyleczenie zmian, jakie anatomija patologiczna w téj chorobie wykryła, przypuścić trudno. Rozpoznanego wiądu rdzenia a wyleczonego naciągnięciem nerwu kulszowego nie stwierdziły dotychczas już często dokonane sekcyje. Omyłki tego rodzaju pochodzą często ze zwodniczych pozorów a mianowicie owego głównego objawu: bezładu ruchów *(ataxia)*. Może się zdarzyły wyjątki wyleczenia pośród rozpoczynającéj choroby, ale i to rzadkie wyjątki. Pragnąc sobie wytłumaczyć to lecznicze zjawisko przechodzi autor pokrótce doświadczenia fizyjologiczne a mianowicie, że pod wpływem naciągania wydłużają się cewki

nerwowe, miękki rdzeń zostaje osłonami nerwowemi uciśnięty a elektromotoryczne własności rdzenia ulegają zmianie, skutkiem czego i pobudliwość się zmniejsza.

Doświadczenia na żabach (Ranke i Tutschek) wykazały, że jednorazowe lekkie naciągnięcie nerwu kulszowego u żaby zwiększyło pobudliwość zwrotną odnogi, drugie silniejsze naciągnięcie zmniejszyło pobudliwość znacznie, trzecie zniosło ją zupełnie. Jedno silne naciągnięcie (Landois i Conrad) zniosło pobudliwość również zupełnie. Autor sądzi, że jakkolwiek więcéj musi polegać na doświadczeniu i może zupełnie wątpić o skuteczności naciągania w zmianach ośrodkowych, to jednak nieprzepisując ilości naciągań uważa kilkakrotne powtórzenie za konieczność.

Autor oddala jednak w nóż zbrojną rękę chirurga twierdząc, że naraża się chorego na niebezpieczeństwo, jakie w ogóle krwawym operacyjom towarzyszą. Natomiast podaje bezkrwawy rękoczyn, którego świetnych skutków również doświadczył. Bezkrwawe naciągnięcie nerwu kulszowego polega na silném zgięciu odnogi w stawie biodrowym, obok równoczesnego najsilniejszego wyprostowania w stawie kolanowym (Vogt). Doświadczenie to robił autor i na trupie, a odsłoniwszy nerw kulszowy wykonywał opisane ruchy, przyczém przekonał się, że napięcie nerwu dosięgło szczytu i udzieliło się rdzeniowi pacierzowemu. Sposób tego leczenia stosował autor i w cierpieniach samego nerwu kulszowego w nerwicach na tle histeryi ze świetnym częstokroć skutkiem. Naciągania nerwów oboma sposobami nie uważa za środek pewny, bezkrwawe naciąganie jednak powtórzone kilkakrotnie zasługuje na polecenie. (*Allg. Wien. medic. Ztg.* Nr. 50).

Dr. Murdzieński.

Prof. E. Hofmann (we Wiedniu): **O zmianach na szyi u powieszonych.**

(Ciąg dalszy Patrz Nr. 52).

Brak wynaczynionek w miejscach, gdzie odległe od siebie chrząstki i kości uszkodzone zostały, bardziéj jeszcze przemawia przeciw tłumaczeniu rzeczy przez A. Lessera; tu bowiem jednoczesnego i jednostajnego ucisku przez powróz żadną miarą przypuścić nie można. Zdarzają się nawet przypadki, w których jedne obrażenia połączone są z wynaczynieniami, podczas gdy drugie, równocześnie powstałe, nie są podbiegniętemi (np. złamania l. rogu k. gnykowéj podbiegnięte a równoczesne złamanie l. rogu chrząstki tarczykowéj bez podbiegnięcia). Najważniejszą atoli jest tu okoliczność, że obrażenia kości i chrząstek po największéj części nie powstają skutkiem ucisku bezpośredniego, lecz pośrednio i dlatego zazwyczaj leżą po za płaszczyzną strangulacyjną. Bezpośrednio powstają tylko, jak się zdaje, złamania rogów k. gnykowéj, ponieważ przy zwykłém założeniu powrozu rogi te dostają się pomiędzy powróz a kręgosłup; powstać mogą bezpośrednio i złamania rogów chrząstki tarczykowéj, zwłaszcza ich końców, ale nierównocześnie ze złamaniem k. gnykowéj, chyba jeżeli narzędzie duszące było szerokiém. Jeżeli zaś rogi krtaniowe uległy złamaniu w podstawie, która znajduje się poniżéj płaszczyzny strangulacyjnéj, wtedy złamanie z pewnością powstało pośrednio w skutek silnego ucisku na błonę gnyko-chrząstkową. Złamanie bezpośrednie chrząstki tarczykowéj wtedy tylko mogłoby powstać, jeżeli powróz leżał pomiędzy chrząstką pierścieniową a tarczykową, albo jeżeli narzędzie duszące było szerokiém i leżało nad grdycą. Doświadczenia robione w téj mierze przez H. na trupach potwierdziły to przypuszczenie. Gdy więc obrażenia krtani a prawdopodobnie i k. gnykowéj u powieszonych nie powstają skutkiem ucisku bezpośredniego a mimo to najczęściéj nie okazują śladów reakcyi, tłumaczenie Lessera jest nieodpowiedniém a przyczynę tego zjawiska w inny sposób tłumaczyć należy. H. znajduje przyczynę w nagłém i zupełném ściśnieniu naczyń tętniczych i żylnych szyi, a więc w zupełném przerwaniu obiegu krwi, a ponieważ miejsce uciśnięte leży poniżéj rozdzielenia tętn. szyjnéj i tętnicy oraz żyły tarczykowéj górnéj, a więc przerwanie krążenia tyczy się głównie obszarów przez naczynia te zaopatrywanych. Jeżeli się nadto uwzględni, że poszczególne gałęzie, jak np. tętn. krtaniowa górna i gałąź gnykowa tętn. językowéj, uledz mogą uciskowi bezpośredniemu i że dla szybkiego wystąpienia asfiksyi krążenie poboczne nie może przyjść do skutku, to brak wynaczynienia lub bardzo nieznaczne krwawienie w blizkości złamania dostatecznie się tłumaczą. Zauważyć zresztą wypada, że tylko złamania chrząstki nie łączą się z podbiegnięciem z powodu, że chrząstka w ogóle w krew jest ubogą, złamaniu zaś kości towarzyszy choć nieznaczny krwotok; krew w takim razie pochodzi z istoty rdzennéj porowatéj i w krew zamożnéj, a może ona wystąpić i po śmierci, skutkiem czego należy się mieć na baczności przy ocenieniu pytania, czy podbiegnięcie takie przemawia za tém, że człowiek za życia uległ powieszeniu. (*W. med. Presse* 1881, Nr. 49—52). *L. Blumenstok.*

(Ciąg dalszy nastąpi [1]).

Dr. Petrř (Detmold): **Zielone włosy u ludzi robiących koło miedzi.**

Oddawna wiadomo, że ludzie robiący przez dłuższy czas koło miedzi dostają włosów zielonych; nierozstrzygniętém atoli było pytanie, czy miedź przez oddychanie lub połykanie dostaje się do organizmu i do włosów, lub czy ona dostaje się na włosy od zewnątrz. P. znał w Kasselu 20 robotników, którzy ciągle, jednak od niedawna (jeden tylko od lat 10), mieli do czynienia z miedzią; u wszystkich istniał szaro-zielonawy połysk na twarzy i pokład zielonawy na zębach; zielonych włosów atoli żaden nie miał. P. znał atoli 68-letniego robotnika, mającego włosy zielone i włosy z głowy człowieka tego zbadał bliżéj. Były one w długości 3cm. od wierzchołka mocno zielone, na 10cm. od wierzchołka barwa zielonawa ustępowała miejsca szaréj; a okoliczność ta już przemawiała przeciw dostaniu się soli miedziowych z organizmu do włosów. Pod drobnowidem przy powiększeniu 700razowém znachodził na włosach kryształki niebieskawe, rombiczne lub pyramidalne; leżały one na dachówkach, z których przyskórek szypułki się składa. Po dodaniu kropli *liq. ammon. caust.* barwa kryształków zamieniała się na ciemno- a nawet czarno-niebieską, co dowodziło, że kryształki te istotnie były miedziowemi. Barwa zielona włosów znikała także po dłuższém leżeniu ich we wodzie, a pod drobnowidem wtedy już kryształów nie było; po zakwaszeniu atoli kw. solnym wody, w którym poprzednio włosy leżały, czyste ostrze noża zanurzone w téj wodzie powlekało się warstwą czerwoną miedzi. Nie ulega więc wątpliwości, że barwa zielona włosów powstaje skutkiem powlekania się szypułek cząstkami tlenku miedzi w powietrzu się

[1] W ostatnim numerze *W. med. Presse* artykuł oryginalny nie jest jeszcze ukończonym, dlatego i my sprawozdania ukończyć niemogliśmy. *Sprawozd.*

znajdującemi; za tém przemawia jeszcze i fakt, że u owego starego robotnika ustąpiło zabarwienie zielone włosów w rok po porzuceniu zawodu, coby nie było nastąpiło, gdyby barwa włosów była skutkiem przesycenia organizmu miedzią. (*Berl. klin. Woch.* 1881, Nr. 51). *L. B.*

Wiadomości pomniejsze.

(L. K.) **Do badania mąki** na najczęściéj znachodzące się zanieczyszczenia i zfałszowania poleca Vogl męszaninę wyskoku (70%) z 5% kwasu chlorowodowego. Z badanéj mąki bierze się kolo 2 grm., kłóci się w probierce z 10 sz. cent. powyższéj mieszaniny i po odstaniu obserwuje się zabarwienie, jakie przyjmuje mąka opadająca na spód, a szczególniéj płyn nad nią. Zmiany barwy występują czasem natychmiast, czasem znów po dłuższém odstaniu lub ogrzaniu dotyczącéj próby. Czysta mąka żytnia lub pszenna nie zmienia barwy; pozostaje białą, a płyn nad nią jest bezbarwnym; tylko w gatunkach ordynarniejszych czasem przyjmuje pewien odcień żółtawy. Mąka czysta jęczmienna lub owsiana sprawia zabarwienie cieczy blado, nieco slomiano żółte; mąka zawierająca kąkol sprawia zabarwienie wysycone pomarańczowo żółte, mąka zawierająca mączkę z wyki lub z bobu barwi płyn ładnie purpurowo-czerwono; mąka ze sporyszem wywołuje ubarwienie krwisto-czerwone. Zabarwienie to występuje już wyraźnie przy domieszkach 5—10%, przy zanieczyszczeniach sporyszem już o wiele wcześniéj (*Fresenius Ztschrift f. analyt. Chemie* XX. 4).

(A. K.) Dr. Budd opisuje **nadzwyczajną przedwczesność rozwoju organizmu kobiecego** u małéj dziewczynki, urodzonéj 8 sierpnia 1871 r., która w 12 miesiącu życia dostała regularności, odbywającéj się do siódmego roku życia nieregularnie, a późniéj pojawiała się ona co trzy tygodnie. W czerwcu 1880 r. dziecko to zastąpiło, nie mając jeszcze 9 lat, porodziła na czas noworodka ważącego 3½ kilogramy, budowy prawidłowéj, lecz wzgórek łonowy i pachy niemowlęcia pokryte były włosem, sutki rozwinięte, wydzielały mleko przy nacisku. (*Rev. de Therap.* 1881).

(F. M.) **Leczenie przewlekłych chorób płuc jodoformem**, rozpoczął prof. Semmola, pierwszym zaś, który podaje obszerniejsze sprawozdanie, jest prof. Ciamarelli. Ten ostatni używał jodoformu w różnych cierpieniach dróg oddechowych, zwłaszcza zaś w suchotach płuc i twierdzi, że jakkolwiek nie można uważać tego środka jako „leczącego" suchoty, to jednakże dezinfekcyjne skutki jodoformu przewyższają działanie terpentyny, kreozotu, kw. karbolowego. Autor przypisuje jodoformowi własności znieczulające stan podrażnienia w drogach oddechowych. Jodoform, który zostaje szybko bardzo wessany, i znowu w ślinie, pocie, łzach, żółci itp. wydzielony, przechodzi zwolna lecz przeważnie przez drogi oddechowe. W serowatych i ropnych naciekach płuc ma sprawiać szybką poprawę, zmniejsza gorączkę, a jeżeli już o wyleczeniu mowy nie ma, łagodzi znacznie przypady chorobowe. Również pomyślne działanie tego środka okazało się w zastarzałym nieżycie oskrzeli i rozedmie płuc. Autor podaje jako najdogodniejszą formę taki przepis: *Jodoform. 0.10, Pulv. lycop. 0.40, Extr. sem. phellandr. 1.00, M. f. pil. X. S.* Trzy lub cztery razy dziennie pigułkę. Większe dawki drażnią żołądek — leczenie musi trwać czas dłuższy. (*Wiener medic. Blätter* Nr. 50).

(A. K.) **Nieżyt przewlekły połyku**, dobrze znany lekarzom z swéj uporczywości, podług dziennika *La Revue mensuelle de Laryngologie* ustępuje przy zastosowaniu dwa razy dziennie następującego pędzlowania: Rp. *Ergotini liq. 1.0, Tra jodii 4.0, Glycerini 30.0.* (*Le Progrès médical* Nr. 52).

(F. M.) **Leczenie błednicy**: Dr. Zander twierdzi, iż w licznéj praktyce osiągnął najlepsze skutki z użycia kwasu solnego. Chorzy mają zazwyczaj pociąg do kwasów i ostrych potraw, chętnie więc przyjmują ten lek. apetyt się polepsza, ciśnienie w żołądku ustaje, a w przeciągu kilku tygodni następuje wyleczenie Z. daje kwas solny po 2.00—4 00 na 200.00 wody polecając brać w kwadrans po jedzeniu łyżkę. W cięższych przypadkach zaleca obok tego pepsynę po 0.25 kilka razy dziennie. Używanie kwasów i ostrych pokarmów musi być pośród tego leczenia wzbronione. (*Virchows Archiv* H. I. 1881).

(A. K.) Dr. Kiener (z Philippeville) opowiada historyję choroby żołnierza, któremu odpędził 27 soliterów, reprezentujących wagę 720 gramów. (*Gazette de Hôpitaux* 29 listopada 1881).

(A. K.) S. Wilks opisuje przypadek **znalezienia kłosa żytniego w ropniu usadowionym nad łopatką.** Jedynym objawem cierpienia 10-letniéj choréj był nieznaczny kaszel. Dr. White ogłosił już podobny przypadek, również wyzdrowieniem zakończony. (*The Brit. Med. Journ.* październik, 1881)

III. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 18—24 grudnia podniosła się ogólna śmiertelność z 29,4 do 32,5. Z ospy umarło 1, (4 z. t.); z błonicy 2 (2 z. t.); z duru brzusznego 0 (4 z. t.); z duru osutkowego 2 (0 z. t.); z róży 1 (0 z. t.); a doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku ospy, 1 płonicy, 1 krztuśca, 2 duru osutkowego (z kryminału, i ze szpitala św. Łazarza), 1 róży. W tygodniu do 3 grudnia ospa w Londynie złagodniała. Doniesiono o świeżych przypadkach tylko 69, w szpitalach leczyło się 515, umarło 20. W Wiedniu umarło z ospy 13, w Budapeszcie 8, w Paryżu 10. w Warszawie 47, w Saragossie 10, w Madrycie 21. Również i w Chicago panuje ospa. Z duru osutkowego umarło 9 w Petersburgu. Odra bardziéj się rozszerzyła w Chrystyjanii, gdzie zapadło 911, a umarło 16. Czerwonka w Aleksandryi zabrała 19 ofiar.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu do 3 grudnia umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 29,4; we Lwowie 37,2; w Poznaniu 27,4; w Wiedniu 24,8; w Budapeszcie 29,4; w Pradze 24,1; w Tryjeście 25,2; w Berlinie 25,0; w Wrocławiu 22,5; w Gdańsku 24,0; w Mnichowie 26,0; w Dreźnie 18,9; w Lipsku 17,8; w Brukseli 23,6; w Amsterdamie 22,2; w Hadze 23,8; w Paryżu 23.6; w Londynie 19,9; w Kopenhadze 20.0; w Stokholmie 20,4; w Chrystyjanii 22,4; w Petersburgu 39,8; w Odesie 31,6; w Rzymie 21.6; w Wenecyi 25,9; w Bukareszcie 25,3; w Madrycie 40,6; w Barcelonie 26,9; w Lizbonie 24,2; w Aleksandryi 40,5; w Nowym Yorku 28,0; w Bombaju 25,2. *J. B.*

IV. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** dn. 29 grudnia. Zwracając uwagę na ogłoszenie, umieszczone na czele dzisiejszego numeru, przesyłamy szan. współpracownikom i abonentom Przeglądu Lek. podziękowanie serdeczne za tak gorliwe poparcie czasopisma naszego w roku dobiegającym, tusząc sobie, że poparcia swego nie odmówią nam i w roku przyszłym.

* **W terminie listopadowym** złożyli egzamin fizykacki w Krakowie pp. Drowie Samuel Habermann ze Lwowa, Feliks Najedło z Ustrzyk dolnych i Edward Witkowski ze Szczurowy.

* „Brak rzekomy lekarzy w Galicyi". Pod tym napisem *W. med. Presse* umieszcza znów w Nrze 52 list z Żywca, w którym piszący, snać zaniepokojony wawrzynami korespondenta ze Lwowa (?), wstępuje w szranki literackie, zapewne po raz pierwszy, jak wnosić wolno z próbki stylistycznéj, któraby stu-

dentowi gimnazyjalnemu zaszczytu nie przysporzyła. A tacy matadorowie, nieumiejący po niemiecku a tém mniéj po polsku, wyrywają się ze sądem swoim i porywają na Wydział nasz lekarski obwiniając go o hyperprodukcyję lekarzy nietylko pod względem ilościowym ale i jakościowym. Znamy tych korespondentów, szkalujących własne gniazdo, ale wiemy także, że Wydział lekarski w Krakowie, jak każdy inny Wydział, nie jednemu jest niewygodnym, nietylko dla tego, że produkuje lekarzy, a więc konkurentów, ale także z innego powodu, — zresztą polemika na tém miejscu nie prowadzi do celu, a byłby czas, aby ktoś wyjaśnił redakcyi *W. med. Presse* znaczenie i pobudki owych wycieczek żakowskich, a nie wątpimy, że czasopismo to przestanie służyć interesom osobistym.

* Przed dwoma tygodniami wspomnieliśmy o arcyciekawéj sprawie karnéj monastyrskiéj, dodając, że sprawozdanie nasze opiera się tylko na opisach, któreśmy znaleźli w dziennikach politycznych, gdyż czasopisma lekarskie dotychczas nic o owéj sprawie nie wspominają. Otóż dopiero w Nrze 52 *W. med. Presse* i *Deutsche med. Woch.* spotykamy się z pierwszemi wzmiankami, jakkolwiek jeszcze niedostatecznemi. Rzecz się miała istotnie, jak podaliśmy, że drożnik Henryk Harbaum z Mesum podejrzany o zgładzenie swego dziecka nieślubnego skazany został na 10 lat ciężkiego więzienia na podstawie orzeczenia obducentów, potwierdzonego przez kolegijum lekarskie prowincyi westfalskiéj i po wyroku przesłany został do więzienia w Celle. Protokół sekcyjny po zapadłym wyroku wedle obowiązujących przepisów przesłany został Deputacyi umiejętn. w Berlinie, jako najwyższéj instancyi kontrolującéj, i wtedy to V i r c h o w oświadczył się przeciw śmierci gwałtownéj. Orzeczenia Deputacyi dostają się do ministra, który je znów zwraca prezydentowi odnośnéj prowincyi, a ten kolegijum lekarskiemu. Otóż nie wiadomo dotąd, co się w danym przypadku stało z orzeczeniem Deputacyi, czy ono zaginęło, lub dostało się do Monastyru, a w tym razie, dla czego rząd tameczny nie uczynił, co do niego należało. Faktem jest, że Harbaum siedział w Celle lat 8 i tylko jednemu z urzędników zakładu więziennego rehabilitacyję swoją ma do zawdzięczenia. Urzędnik ten poznawszy się na Harbaumie jako człowieku potulnym i słysząc ciągłe jego utyskiwania, że niewinnie siedzi, a przeczytawszy nadto owe sprawozdanie M a s c h k i, wniósł na konferencyi urzędników zakładu, aby rzecz całą przedstawić prokuratoryi, co też się stało. Prokurator zażądał ponownego orzeczenia od kolegijum lek. i Deputacyi, a na rozprawie ponownéj odbytéj w dniu 28 listopada 1881 r., na któréj reprezentant kolegijum lek. oświadczył, że tu się rozchodzi o „omyłkę smutną", Harbaum uznany został niewinnym.

Smutna to zaprawdę omyłka i rzecz smutniejsza, że człowiek niewinny siedział lat 8, ale podobne omyłki wszędzie zdarzyć się mogą. Jednak w żadném państwie prawném zapewne nie zdarzy się tak prędko fakt arcysmutny, że akt tak ważny, jak pierwsze orzeczenie Deputacyi, który powinien był natychmiast przywrócić wolność niewinnie skazanemu, albo znika albo, co gorsza, nie zwraca na siebie uwagi władz, i że jak ów kat Schillerowski roni łzę nad dzieciobójczynią, dopiero urzędnik zakładu więziennego musi litować się nad skazańcem i ośmielony sprawozdaniem lekarza austryjackiego przyczynić się do naprawienia niesprawiedliwości lub niesłychanego niedbalstwa dygnitarzy. O państwie, w którém podobne rzeczy są możebne, domyślać się wolno, że jest w niém „coś zbutwiałego" pomimo całego blichtru zewnętrznego.

* Jak trudném jest stanowisko lekarzy w Prusiech, dowodzi z jednéj strony proces prof. L i m a n a o ubliżenie szalbierstwu homojopatów, a z drugiéj proces wytoczony niejakiemu B e c k e r o w i, nazywającemu się „ortopedystą," za to, że przez grubą nieumiejętność stał się przyczyną śmierci ulubionéj młodéj artystki Adeli Granzov. Wyrok 1éj instancyi, uwalniający Limana, zniosła instancyja 2ga, podczas gdy Becker przez dwie instancyje uznany winnym ułaskawiony został przez monarchę!

* **Lwów**. D. 2 grudnia wykonał Dr. S z e p a r o w i c z owaryjotomiję (z kolei 10tą) na kobiecie 50-letniéj z powodu torbiela wielokomórkowego z przeważającym jednym dużym, z jajnika prawego wychodzącym; treść torbiela stanowił płyn mający wejrzenie kawy czarnéj w ilości około 30 litrów; rozległe zrosty lekkie i zlepy; operacyja ściśle antyseptyczna bez mgły karbolowéj odbyła się w pokoju lekarza szpitalnego; szypułkę umocowano klamrą w ścianie brzusznéj. Z powodu ciągłego sączenia się krwi ze zlepów po ukończeniu operacyi wprowadzono dwa krótkie dreny do wnętrza brzucha i umocowano w ścianie brzusznéj. Przebieg był całkiem aseptyczny, a wygojenie nastąpiło pod 3ma opatrunkami w ciągu 2 tygodni.

* **Wiedeń**. Okulista Dr. H o c k uzyskał pozwolenie na założenie prywatnego zakładu dla chorych na oczy.

* **Mianowania i odznaczenia**. Dr. Franciszek G a t s c h e r, prof. nadzw. medycyny sądowéj w Wydziale prawniczym we Wiedniu, otrzymał tytuł radcy rządowego. Prof. G a t s c h e r dawniéj był profesorem w szkole chirurg. i w Wydziale prawn. we Lwowie.—Prof. H e n o c h w Berlinie otrzymał tytuł tajnego radcy lekarskiego — Prof. F r e u n d w Strasburgu powołany do Wrocławia, przekonawszy się na miejscu o niedostatkach zakładu i niemożności otrzymania innego, odmówił stanowczo przyjęcia profesury we Wrocławiu, skutkiem czego ma być powołany prof. Z w e i f e l z Erlangi.

* **Nekrologija**. W Dublinie umarł Dr. B e v a n, prof. anatomii w tamecznym uniwersytecie.

W Krakowie umarł asystent sanitarny Dr. Alojzy D r o ź d z i e w i c z z Myślenic w 55 roku życia.

* Od kol. S z p i l m a n a otrzymaliśmy list następujący:

Wielmożny Panie Profesorze!

Ośmielam się prosić Wgo Pana Profesora o łaskawe umieszczenie w Przeglądzie następujących sprostowań.

We wykazie ofiar z dnia 8go bm. figurowało między innemi nazwisko „Moritz Spielmann Commis" Nie umiem sobie wytłumaczyć, dlaczego korespondent Kuryjera Warszawskiego przesyłając swojéj redakcyi listę zapodzianych nie trzymał się wiernie spisu przez policyję ogłoszonego, ale działał samowolnie opuściwszy bowiem słowo Commis, dodał do powyższego nazwiska—doktor z Krakowa. Za Kuryjerem powtórzyły tę samą pomyłkę inne dzienniki krajowe, skutkiem czego zaliczyli mnie moi znajomi i krewni do ofiar katastrofy z dnia 8go. Wyjaśniwszy genezę owéj pomyłki donoszę, że w owym fatalnym dla Wiednia dniu nie byłem w teatrze, a tém samém mam prawo do istnienia, co Wielmożny Pan Profesor raczy łaskawie przyjąć do wiadomości i poprosić redakcyje innych pism o powtórzenie mojego oświadczenia.

Następnie zawiadamiam Wgo Pana Profesora, że 1go września wystąpiłem ze szpitala Rudolfa, otrzymałem bowiem w tutejszéj szkole weterynaryjnéj posadę pensyjonera cywilnego (*Civilpensionärsstelle*) Ministeryjum oświaty udzieliło mi powyższą posadę reskryptem z dnia 29 października rb. na wniosek kolegijum profesorów i na przedstawienie namiestnictwa dolno-austryjackiego. Do posady téj przywiązana pensyja 650 zlr. rocznie i wolne pomieszkanie w zakładzie. Takich posad jest dwie, a piastującym tę godność służy prawo awansowania.

Pozostaję z głębokim szacunkiem i poważaniem

Dr. Szpilman.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 52: S o k o ł o w s k i i O l t u s z e w s k i: Przypadek ciała obcego w oskrzelu lewém; W i k t o r a: O wartości szczepienia ospy (dok.).—W *Medycynie* Nr. 52: D o b r z y c k i e g o: Kilka słów w przedmiocie techniki inhalacyj stosowanych jako sposób bezpośredniego działania na miąższ płucny (c. d)

Redakcyja otrzymała:

Prof. Dr. H. COHN (we Wrocławiu): Neue Prüfungen des Farbensinns mit pseudoisochromat. Tafeln. (Osobne odbicie z „Centralbl. f. pract. Augenheilk." 1881), in 8vo str. 7).

Towarzystwo lek. krak. odbędzie we środę dnia 4go stycznia 1882 o godzinie 5téj po południu p o s i e d z e n i e a d m i n i s t r a c y j n e, na którém kol. p o d s k a r b i złoży rachunki z roku ubiegłego i przedstawi budżet na rok 1882, kol. b i b l i j o t e k a r z zda sprawę ze stanu biblijoteki, kol. s e k r e t a r z s t a ł y odczyta sprawozdanie ze stanu Towarzystwa i jego czynności a k o m i s y e s t a l e zdadzą sprawę ze swego działania w roku 1881.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 3095.

KONKURS.

Zwierzchność gminy miasta Jasła ogłasza niniejszém Konkurs na posadę sekundaryjusza przy tut. szpitalu powszechnym z roczną płacą 300 złr. Obowiązki oznacza instrukcyja wydana przez Wys. Wydział krajowy.

PP. Drowie wszech nauk lekarskich chcący kompetować o tę posadę zechcą należycie udokumentowane podania wnieść do tutejszé Zwierzchności gminnéj do 10 Stycznia 1882.

Jasło dnia 15 Grudnia 1881.

Burmistrz
Przyłęcki.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

UWAGI

nad zdrojami Rymanowskiemi jako zdrojami leczniczemi.

(Treść odczytu Dra Dukieta na Zgromadzeniu Sekcyi sanockiéj w d. 11 maja 1881).

W Rymanowie, 2 kilometry od miasta a 3 kilometry w linii prostéj od Iwonicza, znaleziono jeszcze w r. 1876 źródło wody mineralnéj, które rozebrane jakościowo na miejscu okazało: chlorek sodu, żelazo, jod, brom, lit i kwas węglowy. Składniki te skłoniły właścicieli hr. Stanisława i Annę z hr. Działyńskich Potockich do ujęcia źródła w karby kamienia i cementu. i wysłania do Wiednia wody z niego celem dokładniejszego rozbioru chemicznego. Analizy téj dokonał prof. Dr. Weselski w Wiedniu r. 1879. Że jednak w źródle têm, woda czerpana z różnych miejsc, inny smak miała, postanowiono je, w miarę gatunku wody. podzielić na trzy studnie, które nazwano Celestyną, Tytusem i Klaudyją. Wodę z każdego źródła posłano prof. Drowi Bronisławowi Radziszewskiemu do Lwowa, który dokonawszy starannie rozbioru chemicznego, wydał swoje orzeczenie, jak załączony odpis swiadczy:

Źródło mineralne odkryte w Rymanowie, analizowane było pierwotnie przez p. Tytusa Slawika, a następnie przez Dra Weselskiego profesora chemii w Wiedniu. W ciągu roku 1879 i 1880 źródło to ponownie opatrzono i ubezpieczono od wszelkiego przypływu wody słodkiéj. W tym celu:

a) w wielkiéj zewnętrznéj cembrowinie kamiennéj, utworzono drugą kamienną cembrowinę, którą, stósownie do uzyskanych dat analitycznych, rozdzielono przegrodami kamiennemi na trzy części, tak iż z pierwotnego źródła Celestyny. utworzono trzy źródła nazwane: „Celestyna, Tytus i Klaudyja". Wody tych źródeł, różnią się pomiędzy sobą, jak to poniżéj załączony wykaz przekonywa, tak jakościowo, jako też szczególniéj ilościowo. Pomiędzy cembrowinami pozostała wolna przestrzeń, która została wybudowaną z pozostawieniem dwóch otworów *A* i *B* (jak rysunek), z których woda mineralna wypływa. Następujący szkic to wyjaśnia



a zewnętrzna cembrowina
I źródło „Celestyna"
II źródło „Tytus"
III źródło „Klaudyja"
A przestrzeń między cembrowinami.

Woda ze źródeł odpływa bocznemi kanałami do *A*, a ztąd albo jest brana do kąpieli, albo też idzie kanałem do rzeki Taby.

b) Koryto rzeki Taby zostało odsunięte, a jéj łożysko pogłębiono, tak, iż powierzchnia wody w Tabie znajduje się niżéj aniżeli poziom wody w zdrojach. Ujęciem i rozdzieleniem źródeł zajął się p. Tytus Slawik chemik technolog. Z zadania tego wywiązał się p. Tytus Slawik tak znakomicie, iż praca ta prawdziwy zaszczyt mu przynosi. Po wykonaniu tych wszystkich robót JW. Stanisław i Anna z hr. Działyńskich hr. Potoccy, właściciele zdrojowiska wezwali mnie do zajęcia się rozbiorem chemicznym wszystkich trzech źródeł. Spełniając te życzenia udałem się w jesieni 1880 r. do Rymanowa, i przekonawszy się o zupełnie zadowalniającém ujęciu i zabezpieczeniu źródeł zabrałem z sobą potrzebną ilość wody, która w mojéj obecności została zaczerpniętą i opakowaną.

Przedewszystkiem zaznaczyć muszę, że woda mineralna ze wszystkich trzech źródeł pochodząca jest przeźroczysta, jak kryształ, na powietrzu perełkuje, ma smak przyjemny, orzeźwiający, po wydzieleniu bezwodnika węglowego przybiera reakcyję alkaliczną, w butelkach zamkniętych nie ulega zmianie, nawet po dłuższym przeciągu czasu, a to tak dalece, iż mam w swém posiadaniu kilka butelek téj wody zaczerpniętéj jeszcze w marcu 1879 roku, a pomimo, iż wodę tę trzymam w pokoju opalanym do dziś dnia to jest 11 marca 1881 nie uległa ona najmniejszéj zmianie, pozostała przeźroczysta jak kryształ, to jest pozostała w tym stanie w jakim się znajdowała w chwili, gdy czerpaną była.

Z tego powodu woda ta posiada w wysokim stopniu własności potrzebne dla wody przeznaczonéj na odległy nawet eksport. Przyczyną tego jest ta szczęśliwa okoliczność, że wody rymanowskie posiadają tylko bardzo nieznaczną ilość ciał organicznych i siarkanów. Obfitość źródeł jest zadziwiająco znaczna. Przypływ wody mierzony był za pomocą pomp Noëta i okazało się, że w ciągu 1 godziny źródła te dostarczają:

I.	Celestyna	48000	litrów
II.	Tytus	24000	„
III.	Klaudyja	24000	„
	otwór *a*	12000	„
	otwór *B*	12000	„

Razem przeto zdroje te są w stanie dostarczyć w ciągu jednéj godziny 120,000, wyraźnie sto dwadzieścia tysięcy litrów. Nadmienić jednak muszę, że w miarę, jak poziom wód się obniża przypływ się zwiększa tak, że gdybyśmy mieli średnie z 24 godzin pompowania bez przerwy, to wydatek wody byłby o wiele większy.

Rozbiór chemiczny wykonany przezemnie wedle metod powszechnie przyjętych, a mianowicie wedle metody R. Frezeniusza, dał następujące wyniki.

W 10.000 częściach wody	Celestyna	Tytus	Klaudyja
Dwuwęglanu sodu	13·1444	13·2735	13·3098
„ żelaza	0·1709	0·1570	0·1831
„ magnu	1·7509	1·4991	1·4936
„ wapniu	6·7602	6·4360	6·5958
„ strontu	0·2037	0·3138	0·3432
„ baru	0·0962	0·0428	0·0557
Chlorku sodu	59·5673	60·0840	60·3319
Siarkanu sodu	0·0340	ślady	0·0213
Chlorku octu	0·2213	0·3094	0·2776
„ potasu	1·1204	0·8669	0·8559
Jodku potasu	0·1169	0·1571	0·0788
Bromku potasu	0·0660	0·0958	0·0657
Krzemianu sodu	0·3268	0·3205	0·3123
Ciał organicz. żywicz.	0·0192	0·0290	0·0303
Chlorku rubidowego	ślady	ślady	ślady
„ cezowego	znaczne ślady	znaczne ślady	znaczne ślady
Bezwodnika węglowego wolnego	7·3417 czyli 3·729 cm. sz.	7.9457 czyli 4.030 cm. sz.	7·2760 czyli 3·690
Razem . .	90·9399	91·5301	91·2110

Z rozbioru chemicznego wód rymanowskich, widać że są one szczawą żelezisto słono jodobromowo litową z znaczną ilością kwasu węglowego, i że w dziale tych wód nie poślednie miejsce zajmą. To szczęśliwe połączenie tak znacznéj ilości kwasu węglowego z znaczną ilością żelaza, chlorku sodu, litu może zjednać znaczenie, a może nawet pierwszeństwo zdrojom Rymanowskim, w dziale wód tego rodzaju. Może kto zarzucić mówiąc: A przecież w Hall jest 2 razy tyle chlorku sodu, a 3 razy jodu, w Kreuznach przeszło 1½ razy tyle chlorku sodu i jodu więcéj. Prawdą jest odpowiem, dodam jednak znowu prawdę niezbitą, że żaden z tych zdrojów nie ma téj ilości kwasu węglowego, żadna z tych wód nie ma w téj ilości żelaza przy dosyć znacznéj obecności chlorku sodu, soli jodobromowych najznaczniejszéj ilości litu. Co jest ważniejsze? zostawiam odpowiedź Szanownym czytelnikom. Nikt nie zaprzeczy przecież, że może skutecznie działa na organizm ludzki wielka ilość kwasu węglowego, tego bodźca na cały ustrój zwierzęcy i roślinny, żelazo tworzące ciałka czerwone krwi i chlorek sodu i jod w dosyć znacznych ilościach w wodach Rymanowskich, razem połączone, owszem przyzna, że pierwiastki te, tak złożone lepiéj działać mogą, niż znaczna ilość chlorku sodu z jodem z małą ilością kwasu węglowego lub żelaza, albo nawet bez tegoż.

A cóż powiedzieć o téj ogromnéj obfitości źródeł (p. rozbiór chemiczny) 120,000 litr. na godzinę, to obfitość u nas bajeczna, a przecież prawdziwe Rymanowskie wody zasługują więc na uznanie znakomitéj szczawy w dziale wód tego rodzaju, mogącéj nawet w większéj ilości wewnętrznie być używaną.

Ważną własność posiadają jeszcze wody Rymanowskie, t. j. brak prawie ciał organicznych i siarkanów, własność ta sprawia, że wody z tych źródeł w flaszkach długi czas nawet stojąc nie rozkładają się.

Wodę zdrojów Rymanowskich uznała Wysoka Rada zdrowia, a tém samem Wysokie c. k. Namiestnictwo, za wodę leczniczą i nadało zezwolenie na założenie w Rymanowie zakładu zdrojowo kąpielowego, jako téż na eksport wody i soli, któréj z przyczyny znacznéj obfitości źródeł być może dostateczna ilość. Na téj podstawie urządzono 14 łazienek, trzy ładne domy o 46 pokojach, 2 baraki dla biedniejszéj ludności. Zakład postarał się o dobrą i tanią kuchnię, co przy leczeniu ważną rolę odgrywa. Żętyca, mleko, kąpiele rzeczne, tuszowe na miejscu obok świeżego powietrza lasu szpilkowego. Zakład otwarty 10 czerwca.

Rymanów 26 maja 1881. *Dr. Dukiet.*

Nakładem Autora. — Z drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ignacego Stelcla.

WYNIK

rozbioru chemicznego niektórych źródeł mineralnych w Truskawcu.

przez

Dr. Bronisława Radziszewskiego.

Profesora chemii w Uniwersytecie Lwowskim, Członka koresp. Akademii Umiejętności w Krakowie etc.

W roku 1880 zostałem zaproszony przez teraźniejszych właścicieli Truskawca Wnych Panów Schrayera i Gartenbergów, do przeprowadzenia analizy chemicznéj niektórych źródeł Truskawieckich. Przybywszy osobiście na miejsce, w sierpniu 1880 r. i znalazłszy uprzejmą pomoc, tak ze strony Zarządu, jak też szczególniéj ze strony Wgo Dr. Z. Riegera, stale ordynującego w Truskawcu w porze kąpielowéj, zdołałem w krótkim przeciągu czasu poznać się z głównemi zasobami tego tak szczodrze przez naturę uposażonego zdrojowiska. W rzeczy saméj, mało jest miejscowości, któreby tak obfitemi i tak zarazem różnorodnemi źródłami mineralnemi poszczycić się mogły. Oprócz bowiem danych mi do rozbioru wód ze źródeł: „Nafta“, „Maryja“ i „Edward“, z których każde ma swój zupełnie odrębny charakter, znajduje się w Truskawcu znaczna ilość źródeł, że wymienimy tutaj źródła: „Bronisławy“, „Zofii“ i „Ferdynanda“. To ostatnie szczególniéj, gdyby zostało należycie oczyszczoném i urządzoném, mogłoby w wielu razach znakomite oddać usługi.

Źródła Truskawieckie znane są ze swéj skuteczności od bardzo dawnego czasu. Po raz piérwszy były chemicznie analizowane przez Torosiewicza jeszcze w roku 1836. Następnie niektóre z nich rozebrał chemicznie Prof. Wolff. Dane mi obecnie do analizy wody były w méj obecności zaczerpnięte wprost ze źródeł, starannie opieczętowane i do mego laboratoryjum we Lwowie nadesłane.

Każde z trzech źródeł, jako mające oddzielny charakter, musi też być oddzielnie opisane.

I. Źródło do picia: „Nafta“.

Źródło to, według analizy Torosiewicza, miało w roku 1835 ciężar gatunkowy 1.003 w 8. 6° R. (a więc w 10.75°C) i zawierało stałych składników, z wyłączeniem gazów, w jednym funcie lekarskim (12 uncyj) granów 2.1428 czyli w 10.000 częściach 3.7255. Następnie o wodzie téj pisze[1]) Torosiewicz: „Smak jéj, chociaż orzeźwiający, wyda się niejednemu w początku nieprzyjemnym, w skutek zapachu oleju skalnego, jednak niezatrąca bynajmniéj gazem siarkowodorowym“.

Ze spostrzeżeń moich wynika, że woda ta ma obecnie (1880 r.) ciężar gatunkowy 1.00088 w 14.3° C; zawiera zaś składników stałych, otrzymanych po odparowaniu wody i wyżarzeniu osadu w 180° C. w 10.000 częściach 4.8675, w których znajduje się 0,3779 części organicznych, wydających przy ogrzaniu na wolnym ogniu, przyjemny zapach żywicowaty. Zapachu nafty, ani też jéj śladów, o których Torosiewicz następnie wspomina, wcale nie spostrzegłem. Również i Dr. Z. Rieger, który to źródło, jako w wielu razach bardzo skuteczne, oddawna obserwuje, zapachu takiego nigdy nie zauważył. Co zaś do zapachu siarkowodoru, to, zgodnie ze spostrzeżeniami Torosiewicza, podczas mego kilkudniowego pobytu w Truskawcu nie zdarzyło mi się go zauważyć, ani też za pomocą najczulszych odczynników, zastosowanych wprost przy źródle, nie zdołałem w nim wykryć ani wolnego siarkowodoru ani też siarczków. Dr. Z. Rieger jednak poświadcza, że bardzo często daje się uczuwać lekki lecz wyraźny zapach siarkowodoru, co też wszyscy pijący tę wodę, których się w tym celu pytałem, jednozgodnie poświadczyli. Zdaje się przeto, a przynajmniéj ja taką opinię sobie wyrobiłem, że siarkowodór nie jest gotowym składnikiem téj wody, lecz dopiéro w niéj powstaje działaniem wzmiankowanych wyżéj ciał żywicowatych na siarkany, w obecności wolnego bezwodnika węglowego, który w stosunkowo dość znacznéj ilości w źródle têm się znajduje.

Rozbiór jakościowy wody ze źródła: „Nafta“ pochodzącéj wykazał następujące składniki: Sole sodowe, potasowe (ślad), litowe (ślad), żelazawe, wapniowe, magnowe, a to jako dwuwęglany, siarkany i chlorki; prócz tego bezwodnik krzemowy i wolny bezwodnik węglowy. Rozbiór ilościowy i obliczenie analizy, zostało wykonane wedle zasad powszechnie przyjętych, w szczególności zaś wedle metody R. Freseniusza. Woda ze źródła „Nafta“ po wydaleniu bezwodnika węglowego przez gotowanie staje się alkaliczną.

Obliczając węglany jako dwuwęglany otrzymamy następującą tablicę:

w 10.000 częściach wody znajduje się:

1) Dwuwęglanu sodowego, $NaHCO_3$	1.4488.
2) Dwuwęgl. żelazawego $FeH_2(CO_3)_2$	0.0371.
3) Dwuwęgl. magnowego $MgH_2(CO_3)_2$	0.2050.
4) Dwuwęgl. wapniow. $CaH_2(CO_3)_2$	3.8890.
5) Siarkanu magnowego $MgSO_4$	1.1617.
6) Siarkanu wapniowego $CaSO_4$	0.2082.
7) Chlorku magnowego $MgCl_2$	0.2804.
8) Bezwodnika krzemowego SiO_2	0.1169.
9) Soli potasowych i litowych	ślady.
10) Bezwodnika węglowego, wolnego	0.7423 (376.5 c. sz).
11) Ciał organicznych żywicowatych	0.3779.
Razem	8.4733.

Z powyższego okazuje się, że źródło naftowe do picia należy do lekkich szczaw alkalicznych, zawierających siarkany, przeważnie siarkan magnowy; wtenczas gdy wedle analiz i obliczeń P. Torosiewicza, uskutecznionych przed 45 laty, źródło to nie posiadało, żadnéj charakterystycznéj, cechy. W rzeczy saméj, P. Torosiewicz w źródle têm znalazł:

[1]) Źródła mineralne w Królestwie Galicyi i na Bukowinie przez Teodora Torosiewicza, Lwów 1849, str. 181.

w 1 funcie lekarskim (5760 gran). czyli w 10.000 częściach

Chlorku sodowego	0.1369	0.2377.
Siarkanu wapniowego	0.3624	0.6309.
Węglanu wapniowego	0.8767	1.5220.
Węglanu magnowego	0.6768	1,1737.
Weglanu żelazawego	0.0282	0.0439.
Glinki	0.0054	0.0093.
Bezwodnika krzemowego	0.0564	0.0977.
Razem	2.1428	3.7255.

2. Zródło do picia: „Maryja".

Źródło to również było w swoim czasie (1841) analizowane przez P. Torosiewicza. który znalazł ciężar gatunkowy = 1 006 w 8° R. (10° C) oraz składników stałych w 1 funcie lekarskim (5760 gran.) 35.052 czyli w 10.000 wody składników 60.7465, a mianowicie:

	w 5760 gran	czyli w 10.000.
Chlorku sodowego	5.853	10.1614.
Chlorku magnowego	1.884	3.2713.
Siarkanu sodowego	2.456	4.2639.
Siarkanu wapniowego	15.715	27.2297.
Siarkanu magnowego	4.917	8.5364.
Węglanu wapniowego	3.830	6.6493.
Węglanu magnowego	0.249	0.4322.
Węglanu żelazawego	0.053	0.0920.
Bezwod. krzemowego	0.063	0.1093.
Razem	35.020	60.7465.

Z badań moich wynika, że woda ta, świéżo zaczerpnięta nie ma żadnego zapachu, jest zupełnie przeźroczysta, a tylko po dłuższém staniu na powietrzu tworzy lekki, okrowaty osad. Jéj ciężar gatunkowy wynosi 0.00639 w 14.3° C., zawiera jednak nierównie więcéj składników, a to zarówno pod względem jakościowym, jak i ilościowym. A mianowicie jakościowo znaleziono: sole sodowe, potasowe, litowe (ślad), ammonowe, żelazawe. magnowe i wapniowe a to jako siarkany, węglany, chlorki i bromki; prócz tego bezwodnik krzemowy. bezwodnik węglowy wolny i ciała organiczne. Zasługuje na podniesienie znaczna ilość soli potasowych, ammonowych i bromków, których Torosiewicz równie jak śladów soli litowych wcale nie wykazał. Nierównie większe jeszcze różnice dadzą się spostrzedz przy zestawieniu ilościowo oznaczonych składników.

Obliczając węglany jako dwuwęglany otrzymamy następujące liczby:

w 10.000 cz. wody ze źródła „Maryja", znajduje się:

1)	Chlorku sodowego $Na\,Cl$	36.8391
2)	Siarkanu sodowego $Na_2\,SO_4$	10.0984
3)	Siarkanu potasowego $K_2\,SO_4$	15.0728
4)	Siarkanu wapniowego $Ca\,SO_4$	8.2940
5)	Chlorku magnowego $Mg\,Cl_2$	3.9493
6)	Bromku magnowego $Mg\,Br_2$	0.1563
7)	Dwuwęgl. żelazawego $Fe\,H_2\,(CO_3)_2$	0.3153
8)	Dwuwęgl. wapniowego $Ca\,H_2\,(CO_3)_2$	4.2453
9)	Dwuwęgl. magnowego $Mg\,H_2\,(CO_3)_2$	0.1650
10)	Dwuwęgl. ammonow. $(NH_4)\,HCO_3$	0.2940
11)	Bezwodnika krzemowego	0.1972
12)	Soli litowych, azotanów	ślady
13)	Ciał organicznych	0.7650
14)	Bezwodnika węglow, istotnie wolnego	0.1592 (80.7 c. sz)
	Razem	80.5509

3. Źródło do kąpieli: „Edward".

Rozbiór chemiczny dokonany przez Torosiewicza, odnosił się do całéj grupy źródeł. nazwanych przez niego grupą Edwarda. Nie wiadomo więc właściwie, z którego mianowicie miejsca czerpał wodę analizowaną. Że to wszakże było inne źródło niż to, które obecnie ujęte i ocembrowane, nosi nazwę „Edwarda" świadczy a têm znaczna różnica w ogólnéj ilości stałych składników. Wtenczas bowiem gdy Torosiewicz znalazł stałych składników w jednym funcie wiedeńskim (16 uncyj) 46.6933 gran., czyli w 10.000 części 60.7977, to analiza obecnie wykonana wykazuje wszystkich składników włączając w to gazy 38.4365 w 10.000 części. Mimo to jednak źródło „Edwarda" obecne, zyskało bardzo wiele przez nowe ujęcie, gdyż, jak się z załączonéj analizy okazuje, posiada ono wyraźny charakter tak zwanych źródeł wątrobianych *(hépatique)*, którego poprzednio nie miało. Całe zachowanie się źródła „Edwarda" za têm przemawia. Woda ta. przeźroczysta gdy jest świéżo ze źródła zaczerpnięta. posiada silny zapach siarkowodoru, który téż i za pomocą zwykłych odczynników z łatwością wykryć można.

Obliczając węglany jako dwuwęglany, okazuje się, że źródło „Edwarda" zawiera w 10.000 częściach następujące składniki:

1)	Siarkanu sodowego Na_2SO_4	5.5622
2)	Siarczku sodowego Na_2S	2.2763
3)	Siarkanu potasowego K_2SO_4	0.1999
4)	Siarkanu wapniowego $CaSO_4$	16.4783
5)	Podsiarczynu wapniowego (CaS_2O_3)	ślady
6)	Chlorku sodowego $NaCl$	1 6229
7)	Chlorku magnowego $MgCl_2$	3.5883
8)	Bromku magnowego $MgBr_2$	ślady
9)	Dwuwęglanu żelazawego $FeH_2\,(CO_3)_2$	0.1498
10)	Dwuwęglanu wapniowego $CaH_2\,(CO_3)_2$	5.2680
11)	Dwuwęglanu magnowego $MgH_2\,(CO_3)_2$	0.1242
12)	Bezwodnika krzemowego SiO_2	0.1246
13)	Soli litowych i ammonowych oraz azotanów	ślady
14)	Bezwodnika węglowego istotnie wolnego czyli 697.23 c. sz. w O° i 760 mm.	1.2513
15)	Siarkowodoru wolnego czyli 522.9 c. sz. w O° i 760 mm.	0.7968
16)	Ciał organicznych	0.9987
	Razem	38 4365

Lwów, dnia 12 marca 1881 r.

Nakladem Redakcyi Przegl. Lek. — W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego 1881.